

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL E CONDIÇÃO SOCIOECÔNOMICA EM USUÁRIOS  
DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS**

Rachel Butarello Captzan

Florianópolis  
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Rachel Butarello Captzan

**AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL E CONDIÇÃO SOCIOECÔNOMICA EM USUÁRIOS  
DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

**Orientadora:** Alessandra Rodrigues de Camargo

**Co-orientadora:** Etienne de Andrade Munhoz

Florianópolis  
2014

Rachel Butarello Captzan

**AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL E CONDIÇÃO SOCIOECÔNOMICA EM USUÁRIOS  
DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS**

Este trabalho foi julgado adequado para a obtenção do título de cirurgiã - dentista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de Novembro de 2014

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup>,Dr.<sup>a</sup> Alessandra Rodrigues de Camargo  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>o</sup>,Dr.<sup>o</sup> Tadeu Lemos  
Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>o</sup>,Dr.<sup>o</sup> Dr. Rogério de Oliveira Gondak  
Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina

À minha mãe e amiga, por todo esforço e amor dedicado , que me permitiu e guiou durante todas as conquistas até dia de hoje.

Ao meu pai, presente no coração e eternamente na saudade.

Ao meu amor, Guilherme, pela carinho e amor dedicados á mim.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho de pesquisa representa, além de suas finalidades acadêmicas e importância científica, o final de um ciclo, a Graduação. Portanto, os agradecimentos são necessários não somente para aqueles diretamente ligados a esta trabalho, mas também aqueles que estiveram presentes durante toda a jornada até o presente.

Agradeço primeiramente a **Deus**, por me guiar em todos os momentos e me transformar no que sou hoje.

À minha orientadora **Alessandra Rodrigues de Camargo** por todo o tempo e dedicação destinados a mim durante o tempo de realização deste trabalho. Além de todos os ensinamentos que este trabalho me proporcionou, o seu exemplo de profissional dedicada e totalmente disponível servirão de espelho para minha vida pessoal e profissional. Muito obrigada!

À professora **Etienne de Andrade Munhoz**, pela dedicação, companheirismo e paciência dedicada a mim e a nosso trabalho. Obrigada pelo carinho e acolhida durante todo o tempo.

Ao meu pai, **Roberto**, que mesmo sem a presença física, tenho a certeza que esteve presente durante todo o meu caminho, me guiando, protegendo e traçando comigo essa trajetória. Foi sua força e seu exemplo que me guiaram até o dia de hoje. Mesmo o tempo que estive junto ter me parecido tão curto, o amor de tantas formas foi expresso que a sua presença, hoje espiritual, é viva e eternamente forte dentro de mim.

À minha mãe, **Ana Lúcia**, por ser minha companheira mais fiel e me proporcionar tudo de melhor no mundo. Seu amor, carinho, dedicação, exemplo e fé infinita em mim me tornaram a mulher que sou hoje. Você é o maior presente que Deus me proporcionou e sou imensamente grata por tê-la como minha mãe. Obrigada por tudo!

Ao meu namorado e amor da minha vida, **Guilherme**, pela paciência de escutar e estar comigo nos momentos bons e ruins desse trajeto. Seu amor e companheirismo me deram tranquilidade e imensa alegria sempre.

Aos meus avós, **Cida e Walter** por todo o tempo que estiveram presentes durante a graduação e por toda ajuda e carinho que proporcionaram. A preocupação, amor e tempo dedicados a mim me tornam eternamente grata por tê-los ao meu lado sempre.

À minha dupla e melhor amiga, **Luiza**, por sempre estar presente nos momentos de alegria e de dificuldade, pela paciência comigo nos meus dias de mau humor, pelas palavras sempre confortadoras e alegres que tornaram todos os meus dias melhores.

As amigas queridas de graduação que tornaram meus dias mais alegres e que espero levar para o resto de minha vida, **Cíntia, Maria Eduarda e Francielle**.

À minha companheira de pesquisa e trabalho, **Mariane**, pela cumplicidade e pela aproximação que esta pesquisa nos proporcionou.

Aos meus **colegas**, por todo esse tempo que passamos juntos e por todas as experiências que serão eternas na minha lembrança.



“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos.”  
*Eleanor Roosevelt*





## RESUMO

**Introdução:** O consumo de drogas ilícitas aumentou muito nos últimos anos e, dentre as principais drogas utilizadas, destaca-se neste trabalho o uso de cocaína, crack e da maconha. Sabe-se que os dependentes químicos apresentam diversas mudanças comportamentais, entre outras alterações, provocadas pelo uso continuado de drogas e que podem contribuir significativamente para piora da saúde bucal. O uso dessas substâncias e o comportamento dos dependentes químicos podem ser associados a alterações bucais, como por exemplo: o elevado índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados), a xerostomia/hipossalivação, a doença periodontal, o bruxismo, a presença de candidíase, entre outras alterações. **Objetivos:** Avaliar as condições de saúde bucal (índice CPOD, fluxo salivar) e socioeconômica de pacientes usuários de substâncias químicas ilícitas e correlacionar o *status* de saúde bucal ao uso de drogas ilícitas. **Material e Métodos:** O estudo foi realizado com 35 dependentes químicos acima de 18 anos de idade em atendimento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (Ipq/SC) com um número equivalente de pacientes não usuários como grupo controle. A participação dos sujeitos na pesquisa só foi efetivada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os procedimentos realizados incluíram resgate de dados clínicos do prontuário de cada paciente, anamnese e exame físico, composto pela avaliação do índice CPOD e teste de aderência da espátula para avaliar a quantidade de saliva presente na cavidade bucal. A análise estatística foi realizada pelo teste qui-quadrado com intervalo de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** No grupo de estudo 91,43% eram do sexo masculino, com média de idade de 35,78 anos, variação 19-56 anos. 13 (37,1%) pacientes da amostra referiram morar com os pais, sendo que 3 (8,5%) dos pacientes incluídos no estudo não concluíram o ensino médio. No grupo controle, 21 (60%) pacientes dos 35 avaliados eram do sexo feminino, com média de idade de 43,95 anos, variação 21-83. 17 (48,5%) pacientes referiram viver com o cônjuge, e 10 (28,6%) dos indivíduos incluídos neste grupo concluíram o segundo grau. Com relação aos hábitos deletérios, 28 (80%) pacientes do grupo de estudo afirmaram ser fumantes no momento do exame, 15 (42,8%) afirmaram ser etilistas crônicos e 16 (45,7%) afirmaram o consumo concomitantes de substâncias químicas lícitas. No grupo controle, 8 (22,8%) pacientes da amostra relataram o tabagismo como hábito deletério, 2 (5,7%) afirmaram o consumo frequente de bebida alcoólica e apenas 1 (2,9%) relatou o uso concomitante dessas drogas. No grupo experimental, em relação às drogas ilícitas questionadas, 15 (42,8%) pacientes afirmaram o uso de maconha, 14 (40%) faziam uso constante de Crack, 14 (40%) pacientes são usuários de cocaína. Quanto a saúde bucal dos participantes, a média geral do índice CPOD foi de 9,8 no grupo de estudo (35 pacientes) e de 12,3 no grupo controle (35 pacientes). O teste de adesividade de espátula foi positivo em 60% dos pacientes analisados no grupo experimental (21 pacientes) e em 31,4% (11) dos pacientes do grupo controle. O teste estatístico qui-quadrado apresentou um valor de  $p$  com significância estatística para o índice CPOD, o teste de adesividade da espátula, o tabagismo e o etilismo nas comparações entre os grupos analisados. **Conclusão:** O uso de substâncias químicas ilícitas contribui com uma menor renda familiar e com um menor nível de escolaridade. Contudo verificamos que esses dados não podem ser correlacionados a uma piora da condição de saúde bucal, com base no índice CPOD. Segundo a metodologia adotada, indivíduos dependentes químicos apresentam um melhor índice CPOD comparados a indivíduos não usuários de substâncias químicas ilícitas. Pacientes dependentes químicos também apresentaram um menor fluxo salivar quando comparados a pacientes não usuários.

**Palavras-chave:** maconha, cocaína, crack, saúde bucal, cpod, saliva.

## ABSTRACT

**Introduction:** The illicit drugs usage has increased greatly in the recent years and among the most used drugs, it is possible to highlight cocaine, crack and marijuana. It is known that drug addicts have several changes in their behavior, that fact it's driven by the continued use of those substances and can significantly contribute to the decrease in oral health. The usage of those substances and addicts behavior may be associated with several oral diseases, such as: the high DMFT (Decayed/Missing/Filled Teeth), xerostomia / hyposalivation, periodontal disease, bruxism, the presence of candidiasis, among other illnesses. **Objectives:** To evaluate the oral health status (DMFT and salivary flow) and the socioeconomic status of the illicit chemicals users, and therefore, correlate the oral health status to the illicit drugs usage. **Material and Methods:** The study was conducted with 35 drug addicts over 18 years old in attendance at the University Hospital Psychiatry Center of the Federal University of Santa Catarina (HU / UFSC) and Institute of Psychiatry of Santa Catarina (IPq/SC). A control group with an equivalent patient's number of non illicit chemicals use was used for comparison. The subject's participation on this study was performed by a consent form signing. The procedures performed on this study included: Clinical data recovery of each patient's medical record and physical examination, consisting of evaluation of DMFT and spatula adhesion test to measure the amount of saliva present in the buccal cavity. Statistical analysis was performed using Chi-square test with a confidence interval of 95% ( $p < 0.05$ ). **Results:** In the study group, 32 (91.43%) were male, in a range of 19 – 56 and with a mean age of 35.78 years old. 13 (37.1%) patients of the sample still lives with their parents, and 3 (8.5%) of the patients did not complete high school. In the control group, 21 (60%) of 35 evaluated patients were female, in a range of 21-83 and with a mean age of 43.95 years old. 17 (48.5%) lives with their spouses, and 10 (28.6%) of the individuals in this group completed high school. With respect to the deleterious habits, 28 (80%) patients of the study group reported being smokers at the time of examination, 15 (42.8%) stated being chronic alcoholics and 16 (45.7%) reported the concomitant use of both substances. In the control group, 8 (22.8%) of the sample reported smoking as a negative habit, 2 (5.7%) reported a frequent consumption of alcohol and only 1 (2.9%) reported the concomitant use of both of these substances. In the experimental group, related to the consumption of illicit drugs, 15 (42.8%) patients reported marijuana usage, 14 (40%) patients reported constant use of crack and 14 (40%) patients are still cocaine users. About the participants oral health, the DMFT overall average was 9.8 in the study group (35 patients) and 12.3 in the control group (35 patients). The trowel adhesive test was positive in 60% of the patients analyzed in the experimental group (21 patients) and in 31.4% of the patients (11) in the control group. The statistical chi-square showed a p-value with statistical significance for the DMFT, the adhesiveness spatula test, smoking and alcohol consumption in comparisons between the analyzed groups. **Conclusion:** The use of illicit chemicals contributes a lower income and a lower level of education. However we found that these data can not be correlated to a worsening of oral health status, based on DMFT; Chemically dependent individuals have a better DMFT compared to of patients nonusers of drugs individuals, adopted as a control group in this study, chemically dependent patients have a lower salivary flow compared to patients nonusers of drugs.

**Keywords:** marijuana, cocaine, crack, oral health, dmft, saliva.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABEAD	...	Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas
AIDS	.....	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
CAPS	.....	Centro de Atenção Psicossocial)
CPOD	.....	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
HU	.....	Hospital Universitário
LSD	.....	Dietilamida do ácido lisérgico
OMS	.....	Organização Mundial da Saúde
SPSS	.....	Statistical Package for the Social Sciences
STR	.....	Serviços Residenciais Terapêuticos)
TCLE	.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THC	.....	Tetra-hidro-carnabinol
UFSC	.....	Universidade Federal de Santa Catarina

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 6.1.1.1</b> - Apresentação dos dados demográficos dos pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014 .....	<b>35</b>
<b>Tabela 6.1.1.2</b> - Dados absolutos da condição socioeconômica dos pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014 .....	<b>35</b>
<b>Tabela 6.1.1.3</b> - Renda média familiar dos pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014 .....	<b>36</b>
<b>Tabela 6.1.1.4</b> - Alterações sistêmicas e antecedentes cirúrgicos de pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014 .....	<b>37</b>
<b>Tabela 6.1.1.5</b> - Dados absolutos e relativos dos hábitos deletérios de pacientes examinados que estão em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.....	<b>39</b>
<b>Tabela 6.1.1.6</b> – Dados absolutos das medicações em uso pelos pacientes participantes da pesquisa em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014 .....	<b>40</b>
<b>Tabela 6.2.1.1</b> - Apresentação dos dados demográficos dos pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014 .....	<b>44</b>
<b>Tabela 6.2.1.2</b> - Dados absolutos sobre a condição socioeconômica dos pacientesdo grupo controle. Florianópolis, 2014 .....	<b>45</b>
<b>Tabela 6.2.1.3</b> - Renda média familiar dos pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014 .....	<b>45</b>
<b>Tabela 6.2.1.4</b> - Alterações sistêmicas e antecedentes cirúrgicos em pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014.....	<b>47</b>

<b>Tabela 6.3.1.1</b> – Dados gerais dos pacientes do grupo controle <i>versus</i> grupo de estudo. Florianópolis, 2014 .....	
.....	<b>50</b>
<b>Tabela 6.3.1.2</b> – Características gerais dos pacientes examinados no grupo experimental e no grupo controle e valor de p referente ao sexo dos participantes. Florianópolis,2014.....	
.....	<b>51</b>
<b>Tabela 6.3.1.3</b> -Análise estatística sobre os tabagistas (Teste qui-quadrado). Letras maiúsculas representam diferença significativa entre grupos experimental e controle e letras minúsculas representam diferença entre as variáveis. Florianópolis,2014.....	<b>51</b>
<b>Tabela 6.3.1.4-</b> Análise estatística sobre os etilistas (Teste qui-quadrado). Letras maiúsculas representam diferença significativa entre grupos experimental e controle e letras minúsculas representam diferença entre as variáveis. Florianópolis,2014.....	<b>52</b>
<b>Tabela 6.3.1.5</b> - Dados comparativos sobre a renda familiar média de habitantes por moradia dos grupos de estudo <i>versus</i> controle. Florianópolis, 2014 .....	<b>52</b>
<b>Tabela 6.3.2.1-</b> Análise geral do índice CPOD entre so grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014.....	<b>54</b>
<b>Tabela 6.3.2.2-</b> Estratificação e análise comparativa do índice CPOD nos grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014.....	<b>55</b>
<b>Tabela 6.3.2.3-</b> Análise comparativa do teste de aderência da esptátula entre os grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014.....	<b>56</b>
<b>Tabela 6.3.2.4-</b> Resultados do grupo experimental e do grupo controle referente às medicações de uso contínuo. Florianópolis,2014.....	<b>56</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição da amostra de dependentes químicos por faixa etária. Florianópolis, 2014 .....	<b>36</b>
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa em usuários, ex-usuários e não usuários da substância analisada por tipo de droga. Florianópolis, 2014.....	<b>38</b>
<b>Gráfico 3-</b> Dados relativos ao teste de adesividade da espátula dos pacientes dependentes químicos participantes da pesquisa divididos por sexo. Florianópolis,2014 .....	<b>41</b>
<b>Gráfico 4-</b> Pacientes dependentes químicos que fazem uso de medicações de uso contínuo e sua relação com o teste de adesividade da espátula. Florianópolis, 2014.....	<b>42</b>
<b>Gráfico 5-</b> Estratificação do índice CPOD (média) segundo faixa etária,dos pacientes do grupo de estudo. . Florianópolis, 2014 .....	<b>43</b>
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição da amostra do grupo controle por faixa etária. Florianópolis, 2014 .....	<b>46</b>
<b>Gráfico 7</b> – Dados absolutos sobre o teste de adesividade da espátula dos participantes do grupo controle dividido por sexo. Florianópolis,2014.....	<b>48</b>
<b>Gráfico 8</b> – Estratificação do índice CPOD (média), segundo por faixa etária, dos pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014.....	<b>49</b>
<b>Gráfico 9</b> – Estratificação e análise comparativa dos índices CPOD segundo faixa etaria nos grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014 .....	<b>53</b>
<b>Gráfico 10</b> – Estratificação e análise comparativa dos índices CPOD nos grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014.....	<b>54</b>
<b>Gráfico 11</b> –Análise comparativa do teste de aderência da espátula entre o grupo controle e o grupo de estudo. Florianópolis, 2014.....	<b>55</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
2.1 Dependência química e suas vertentes.....	19
2.2 Condição socioeconômica e saúde bucal de dependentes químicos.....	21
2.3 Dependência química, características da maconha e cocaína/crack e associação com saúde bucal.....	22
2.4 Alterações bucais em dependentes químicos.....	23
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>27</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
4.1 Objetivo Geral.....	28
4.2 Objetivos Específicos.....	28
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>29</b>
5.1 Aspectos éticos.....	29
5.2 Desenho do estudo e casuística.....	29
5.3 Métodos.....	30
5.3.1 Análise crítica dos riscos e benefícios.....	30
5.3.2 Critérios de exclusão.....	31
5.3.3 Avaliação da condição dentária (CPOD).....	31
5.3.4 Teste de aderência da espátula.....	32
5.3.5 Hipótese.....	32
5.3.6 Análise dos dados clínicos.....	32
5.3.7 Análise Estatística.....	32
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
6.1 Grupo de estudo.....	34
6.1.1 Características gerais: Grupo de Estudo .....	34
6.1.2 Avaliação de saúde bucal: Grupo de Estudo.....	40
6.2 Grupo Controle.....	44
6.2.1 Características gerais : Grupo Controle.....	44
6.2.2 Avaliação de saúde bucal: Grupo Controle.....	47
6.3 Grupo de estudo <i>versus</i> Grupo controle : Análise dos resultados e análise estatística.....	49
6.3.1 Análise das características gerais.....	49
6.3.2 Avaliação de saúde bucal.....	53
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>68</b>
8.1 CONCLUSÕES.....	68
8.2 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	68
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE A – Parecer final do Comitê de Ética.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE B – Ficha Clínica.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo experimental .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo controle .....</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na atualidade é possível observar um aumento significativo do consumo de drogas ilícitas e de potenciais usuários que, com o tempo, se tornam quimicamente dependentes. O tratamento e acompanhamento médico desses indivíduos representa um desafio para a saúde pública e todos os setores nela envolvidos, pois, além da dependência, esses pacientes também apresentam outros problemas decorrentes do abuso, tais como a destruição do caráter, a diminuição do senso de responsabilidade e a interferência no senso realístico do indivíduo (COLODEL *et al.*, 2009).

O uso frequente de drogas ilícitas gera diversas complicações sociais e individuais que interferem diretamente na saúde do indivíduo, como o comportamento de risco, a violência e outros problemas sociais. Entretanto estas não são as únicas consequências, o abuso destas substâncias também contribui com piora da condição de saúde bucal visto os maus hábitos de higiene que usuários passam a adquirir, somados a tendência do consumo de alimentos doces, padrões alimentares irregulares, má nutrição e a baixa frequência de visitas ao cirurgião-dentista (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013).

Na Odontologia, o tratamento de pacientes dependentes é muito complicado, visto que, muitas vezes, esses indivíduos demonstram certa resistência à intervenção odontológica, além de utilizarem determinadas substâncias que por vezes atuam como indutoras e/ou promotoras da piora da saúde bucal, tais como o álcool e o cigarro (COLODEL *et al.*, 2009).

Dentre as drogas lícitas/ilícitas mais utilizadas pode-se destacar o tabaco, o álcool, a maconha, a cocaína e o crack. O uso abusivo de álcool pode levar a alterações gastrointestinais, distúrbios vasculares, má nutrição, deficiência imune e desordens no sistema nervoso central, além de ser um fator facilitador para penetração de carcinógenos na mucosa bucal (COLODEL *et al.*, 2008; PEDREIRA *et al.*, 1999).

O consumo do tabaco, quando fumado, provoca alterações celulares no epitélio da mucosa bucal devido ao efeito de nocivo de determinados componentes, como os hidrocarbonetos, fenóis, ácidos graxos, isopreno, ésteres e minerais orgânicos (COLODEL *et al.*, 2008).

Com relação às drogas ilícitas, vários estudos tentam correlacionar os efeitos prejudiciais da maconha com o desenvolvimento de câncer de pulmão, traqueia e boca. O uso de tal droga também provoca a redução do fluxo salivar, fato que contribui para o desenvolvimento de alterações importantes na cavidade bucal como, por exemplo, a xerostomia, a grande incidência de cárie e a doença periodontal. Além disso, o princípio ativo da maconha - tetra-hidro-cannabinol (THC) -



prejudica a formação de células de defesa e predispõe o indivíduo a infecções bucais e em todo o organismo, como a candidíase. (COLODEL *et al.*, 2008).

Segundo Colodel *et al.* (2008), o uso de maconha também é capaz de provocar efeitos cardiovasculares importantes, como a diminuição da pressão arterial. Desta forma, é recomendada a substituição de anestésicos locais com vasoconstritor do tipo amina simpatomimética por outro que contenha felipressina durante as consultas odontológicas.

Outra droga amplamente utilizada e que apresenta forte associação com alterações da saúde bucal é a cocaína. Essa substância é um estimulante do sistema nervoso central e interfere na recaptação de dopamina, um mensageiro químico associado ao prazer (WOYCEICHOSKI *et al.*, 2008). Seu uso pode induzir a formação de lesões ulceradas em boca e, quando seu pó é esfregado na superfície gengival a fim de provocar uma rápida absorção, pode acarretar irritação severa localizada da mucosa, por vezes associada a queimaduras químicas ou perdas periodontais na região. A absorção da *E. Coca (Erythroxylum coca)* pela mucosa leva a formação de lesões por vasoconstricção local, fato que também pode contribuir com o desenvolvimento de necrose tecidual e cáries rampantes atípicas (COLODEL *et al.*, 2009; WOYCEICHOSKI *et al.*, 2008). Paralelamente aos efeitos bucais, os efeitos sistêmicos da droga são diversos e graves, podendo culminar com morte súbita por parada cardíaca e infarto agudo do miocárdio (COLODEL *et al.*, 2008).

Além das alterações supracitadas, o uso das substâncias mencionadas pode ser relacionado a outras alterações bucais, tais como: a erosão do esmalte provocada pelo uso local de cocaína/crack, a presença de inflamação generalizada da mucosa oral causada pelo hábito de fumar maconha, a xerostomia/hipossalivação, o índice de CPOD elevado, a redução da capacidade tampão da saliva, as infecções por cândida como a queilite angular, o bruxismo, a halitose e as estomatites (WOYCEICHOSKI *et al.*, 2008; FIRTH *et al.*, 1997; COLODEL *et al.*, 2009; PEDREIRA *et al.*, 1999).

A condição oral precária e a baixa importância para a higiene dada por dependentes químicos também foram observadas no estudo de Shekarchizadeh *et al.* (2013). Os autores citam que a escovação, o uso de dentífrico fluoretado, o uso de fio dental, as raras visitas ao dentista, bem como a alimentação inadequada com frequente ingestão de doces, são os fatores que levam ao aparecimento das alterações bucais vistas em usuários de drogas (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013).

Pacientes dependentes químicos também apresentam elevado índice CPOD. Tal característica é decorrente da redução do fluxo salivar e da alteração da capacidade tampão da

saliva, que somada à dieta rica em açúcares e à falta de cuidados com a saúde bucal e geral, favorece o aparecimento de cáries (RIBEIRO *et al.*, 2002).

Como se vê, uma abordagem odontológica diferenciada é de extrema importância, visto que possibilita o sucesso do tratamento planejado. Para isso é importante conhecer o perfil de pacientes com dependência química, para que o mesmo possa ser relacionado ao status de saúde bucal.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Dependência química e suas vertentes

O uso de substâncias químicas que interferem no sistema nervoso central é uma prática antiga da humanidade, presente desde a pré-história. Os compostos químicos sempre foram utilizados em cerimônias religiosas e para fins terapêuticos, sendo ainda hoje, seu uso disseminado por algumas sociedades e culturas (SILVA *et al.*, 2010).

Segundo Buchele *et al.* (2004), entende-se por dependência química “(...) um estado psíquico e também físico resultado da ingestão do uso contínuo de substâncias químicas, que leva a alterações comportamentais e a necessidade incontrolável de usar a droga de forma frequente, usufruindo dos seus efeitos psíquicos e por vezes evitando o desconforto físico da sua falta.”. A dependência é um transtorno primário e uma doença crônica caracterizada por um sistema de recompensa, motivação e circuito de memória. A disfunção desses circuitos leva a várias características biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Isso reflete em uma patologia individual que, através de um mecanismo de recompensa, torna o uso da substância um vício e leva ao abuso da mesma.

Atualmente, a dependência química é tratada como um transtorno mental que necessita de uma abordagem multidisciplinar para que o indivíduo seja reintegrado ao convívio familiar e a sociedade (SILVA *et al.*, 2010).

Segundo o estudo de Silva *et al.* (2010), as faixas etárias com alta incidência de usuários estão entre 26 e 33 anos (37%) e entre os 18 e 25 anos (16%). Conforme a pesquisa, nessas idades os indivíduos encontram-se no final de sua formação escolar e/ou inserção no mercado de trabalho, fato que, muitas vezes, faz com que esses pacientes tornem-se dependentes químicos e abandonem suas atividades, gerando, em situações extremas, problemas legais como acidentes automobilísticos, suicídio e violência. O abandono escolar também aumenta muito as chances de desemprego dessa parcela da população. Silva *et al.* (2010) verificaram em seu estudo que 77% da amostra relataram já terem perdido o emprego pelo menos uma vez ao longo da vida, devido ao uso abusivo de substâncias ilícitas.

Também é importante ressaltar como as relações sociais ficam estremecidas devido a dependência. Os divórcios e as brigas em família tornam-se frequentes e, muitas vezes, acarretam a perda do vínculo familiar. Um estudo preliminar verificou que 10% dos indivíduos apresentavam

transtorno bipolar prévio à dependência química e 27% haviam sofrido de depressão. 71% da amostra relatou ter algum familiar ou indivíduo muito próximo dependente químico, e demonstrou que filhos desses indivíduos apresentam risco maior que os filhos de não usuários de drogas para o desenvolvimento de dependência. Ainda segundo os autores, na amostra analisada, foi possível verificar que 87% dos indivíduos já haviam consumido álcool, 83% maconha, 73% crack, 70% cocaína, 60% tabaco, 30% ecstasy e 67% outras drogas como LSD, chá de cogumelo, medicamentos, rebite (droga utilizada para causar insônia, é estimulante do sistema nervoso central), heroína, entre outras. Com base nesse estudo é possível inferir que, dentre as substâncias ilícitas, a maconha e cocaína/crack são as drogas mais consumidas. (SILVA *et al.*, 2010)

Diversos estudos já demonstraram o papel genético na dependência e abuso de substâncias e, porém este é um mecanismo complexo, para o início e desenvolvimento da dependência muitos fatores devem se relacionar, como, por exemplo, a interação dos fatores genéticos, psicossociais e culturais (MESSAS, G.P, VALLADA FILHO, H.M, 2004).

Dentre as drogas lícitas, o álcool e o tabaco são as mais utilizadas e seu uso é amplamente difundido na sociedade. O tabagismo é reconhecido como um dos principais problemas de saúde pública, sendo que o hábito do consumo é relacionado como uma das principais causas de morte no mundo (ARAÚJO *et al.*, 2004).

O hábito de fumar tabaco resulta de um comportamento complexo que recebe influência de estímulos ambientais, fatores pessoais, condicionamentos psicossociais e de ações biológicas da nicotina.. A nicotina leva à liberação de inúmeros mediadores, como a dopamina, a serotonina, beta endorfinas, acetilcolina, noradrenalina, vasopressina, glutamato e GABA. Estes estão associados, dentre outras ações, ao prazer, a diminuição do apetite, ao alerta, a melhora do humor, e a ansiedade (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Quanto ao alcoolismo, o hábito de beber é um ato social inserido em uma gama de contextos, de valores, de atitudes, normas, modos de classificação do tempo e de concepções da realidade, muito provavelmente implícitos nos comportamentos referentes. Assim como o tabaco, o alcoolismo também é considerado um grave problema de saúde pública e a Organização Mundial de Saúde classifica o abuso como uma doença de natureza complexa.

O hábito de consumir álcool pode ocorrer devido ao estilo de vida atual, aos elevados níveis de estresse, a ansiedade, a baixa autoestima, a sentimentos depressivos, a falta de resiliência ao lidar com a pressão do dia-a-dia, aos problemas relacionados à escola e ao trabalho, e também à interação

de diversos fatores que, em conjunto, podem induzir ou facilitar o uso abusivo da substância (SOUZA *et al.*, 2005).

## **2.2 Condição socioeconômica e saúde bucal de dependentes químicos**

Os fatores iniciantes e desencadeantes para o uso e a dependência de drogas convergem para pontos comuns, tais como problemas familiares, rejeição social, carência, autoafirmação e/ou curiosidade (PEDREIRA *et al.*, 1999).

Sheridan, Aggleton e Carson (2001), em um estudo comparativo sobre saúde bucal de usuários e não usuários de drogas lícitas e ilícitas apontaram que a diferença entre a condição de saúde bucal e o acesso ao tratamento odontológico poderia estar relacionado com a condição socioeconômica.

Os hábitos de higiene bucal de dependentes químicos foram claramente associados com a condição socioeconômica segundo o estudo de Shekarchizadeh *et al.* (2013), sendo que as taxas mais baixas de higiene bucal foram encontradas entre indivíduos desempregados.

Resultados semelhantes foram encontrados por Artnik, Premik e Zaletel-Kragelj (2008), nos quais indivíduos desempregados, com baixo nível educacional e moradores de áreas rurais, foram associados com menores índices de higiene bucal, enquanto indivíduos com situação socioeconômica mais elevada possuíam práticas mais positivas com relação aos cuidados preventivos.

Além da condição socioeconômica, Shekarchizadeh *et al.* (2013) verificaram que frente a dependência de drogas ilícitas, o tipo da droga, o tempo de uso e as características do abuso também podem desempenhar um papel importante sobre os hábitos de higiene oral. Apenas 14% dos pacientes avaliados estavam em abstinência e escovavam seus dentes pelo menos duas vezes ao dia com uso de fio dental diário; 73% dos indivíduos estudados alimentavam-se de doces uma ou mais vezes por dia; 85% eram fumantes e 43% não tinham ido ao dentista no último ano. Os autores concluem que mesmo pacientes em abstinência apresentam pobres hábitos de higiene oral na maior parte das vezes (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013).

Segundo Pedreira *et al.* (1999), as consequências das diversas alterações causadas pelo uso de drogas ilícitas podem ser diretas, ou seja decorrentes do uso da droga propriamente dita; ou comportamentais, decorrentes da mudança de hábito cotidiano de pacientes usuários.

A dieta cariogênica, a xerostomia, a queda na qualidade da higiene oral, com concomitante redução da exposição ao flúor, e a falta de consideração com a saúde geral durante os períodos de uso de drogas, são fatores que contribuem para o desenvolvimento de cáries e outras doenças. Além disso, os sintomas de cárie, frequentemente, são mascarados pelos efeitos farmacológicos das drogas ( FRIEDLANDER, A.H.;MILLS, M.J.,1985).

### **2.3 Dependência química, características da maconha e cocaína/crack e associação com saúde bucal**

A maconha (*C. sativa*) é uma droga ilícita amplamente consumida em todo o mundo. É normalmente utilizada como um preparado da erva seca que é fumada pelos usuários. Depois de colhida, a folha é deixada em um ambiente escuro e ventilado, de cabeça para baixo para que ocorra a secagem completa, que pode demorar até 15 dias (LOPES, 2012). A cannabis teve origem na Ásia Central e foi introduzida na Índia no século 8 A.C., onde era usada em cerimônias religiosas e com propósitos médicos para o tratamento de dores de estômago, de cabeça, tosse, hepatite, gota, entre outras utilidades (GAMBHIR, 2012). Na maconha estão presentes diversos compostos químicos, como o THC, que é prejudicial para as células de defesa do organismo, favorecendo infecções e provocando imunossupressão (COLODEL *et al.*, 2009).

Além da maconha, outra droga amplamente consumida na atualidade é a cocaína (*Erythroxylon coca*). A droga é um alcaloide feito a partir de folhas da planta *Erythroxylon coca*. A forma em pó da cocaína é preparada por dissolução do alcaloide em ácido clorídrico para formar o cloridrato de cocaína, um sal solúvel em água (WOYCEICHOSKI *et al.*, 2008). Quando fumada, a droga produz um efeito eufórico quase instantâneo, devido a sua alta absorção através da circulação pulmonar. Ela impede a re-captção de noradrenalina e dopamina no sistema nervoso simpático, apresentando efeito estimulante psicomotor e sensação de bem-estar semelhante ao efeito de anfetaminas (LIMA *et al.*, 2007).

A cocaína foi utilizada pela primeira vez na década de 1880 como um anestésico local em cirurgias nos olhos, nariz e garganta. Ela proporcionava, além da anestesia, a vasoconstrição, o que permitia diminuir os sangramentos durante os procedimentos em que era utilizada. Com o passar do

tempo, essas aplicações terapêuticas caíram em desuso devido ao desenvolvimento de drogas mais seguras com os mesmos efeitos farmacológicos (LIMA *et al.*, 2007).

Aproximadamente dez anos depois, surgiu uma nova variação dessa substância conhecida como crack, que se tornou popular em meados da década de 1980 devido aos seus rápidos efeitos e o menor custo quando comparado à cocaína. O crack nada mais é do que a cocaína dissolvida em água e acrescida de bicarbonato de sódio, que uma vez aquecido, separa a parte sólida da parte líquida. Após a secagem, a parte líquida evapora e a parte sólida é cortada em pedras pronta para o uso (LIMA *et al.*, 2007).

Além das alterações sabidamente conhecidas para os usuários de cocaína, os usuários de crack experimentam o aumento da temperatura corporal, da frequência cardíaca e da pressão arterial. Além de apresentar problemas respiratórios agudos como tosse, falta de ar, comprometimento e sangramento pulmonar, comportamento agressivo e paranoico (LIMA *et al.*, 2007).

Normalmente, pacientes dependentes químicos são considerados poliusuários pois, além das substâncias ilícitas, fazem uso concomitante de outras drogas como o álcool e o tabaco. A boca representa o local de entrada desses agentes e, por isso, torna-se bastante susceptível aos efeitos maléficos dessas substâncias (LOPES *et al.*, 2012).

Dentre os achados mais comuns, a hiperqueratinização da mucosa bucal em tabagistas aparece como resultado do trauma físico-químico e/ou térmico. Esses sinais também podem ser verificados tanto para pacientes usuários de maconha quanto para usuários de crack (WOYCEICHOSKI *et al.*, 2008).

De acordo com Woyceichoski *et al.* (2008), pacientes usuários também relatam uma sensação de ardência na boca durante o uso de crack/cocaína e apresentam alta prevalência de lesões intra bucais e labiais, sendo estas queimaduras, bolhas e feridas.

Como já citado, pacientes usuários de crack, muitas vezes, também são tabagistas e fazem uso concomitante de maconha. Quando o crack é utilizado em conjunto com o tabaco, parece aumentar os danos brônquicos, porém esse efeito aditivo não é encontrado em usuários de maconha e crack. A frequência de alterações histopatológicas foi quase idêntica entre usuários de maconha, cocaína ou crack e entre pacientes tabagistas, sugerindo que todos esses grupos apresentam danos semelhantes nas vias aéreas. Contudo, quando analisados usos concomitantes, indivíduos usuários de crack e tabaco ou maconha e tabaco apresentavam danos ainda maiores no epitélio respiratório quando analisado quadro histopatológico (WOYCEICHOSKI *et al.*, 2008).

## 2.4 Alterações bucais em dependentes químicos

A cárie é uma doença infecto contagiosa que acomete cerca de 95% da população mundial. O *Streptococcus mutans* é o principal e mais virulento dos microrganismos causadores, devido as suas características acidogênicas e acidúricas. Esse microrganismo utiliza a sacarose como fonte de carbono para a sintetização de polímeros que estabelecem sua ligação com a superfície dental, formando a placa bacteriana. A manutenção da placa bacteriana na superfície do esmalte provoca perda de minerais do dente, a desmineralização de esmalte e, posteriormente, da dentina (STAMFORD *et al.*, 2005).

Em condições normais ou fisiológicas a superfície dental apresenta carga negativa e a saliva encontra-se saturada de íons cálcio e fosfato, o que favorece o estado cristalino da hidroxiapatita do esmalte dentário. A produção de ácidos decorrente do metabolismo bacteriano atua diminuindo o pH da placa bacteriana e da saliva. Estes, por sua vez, ligam-se as hidroxilas da hidroxiapatita presentes no esmalte dental, favorecendo a formação de fosfato de cálcio e a consequente dissolução do esmalte dental. Essa perda de superfície dental é o que permite a instalação da doença cárie (STAMFORD *et al.*, 2005).

No estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2002) uma higiene oral deficiente em indivíduos dependentes químicos foi observada, somada ao hábito de comer entre as refeições, especialmente balas, chicletes e doces. No mesmo estudo, cerca de 69,6% dos indivíduos não fazia uso diário do fio dental e apresentaram um índice CPOD elevado. Ainda foi observada uma inflamação gengival mais acentuada nas papilas interdentais pelo maior acúmulo de placa nas faces proximais dos dentes.

Segundo Pedreira *et al.* (1999), alguns estudos relacionam o consumo alto de energia em dependentes químicos à necessidade de uma dieta rica em carboidratos. A maconha, especialmente, aumenta o desejo pelo consumo de doces em geral, fenômeno vulgarmente conhecido como larica.

No estudo de Mateos-Moreno *et al.* (2013) a maior parte dos indivíduos avaliados possuía problemas periodontais em estágio avançado, além de lesões cariosas em diversos dentes, atingindo predominantemente a raiz dental. Uma grande quantidade de placa, sangramento e gengivite também foi observada.

Uma das alterações bucais mais encontradas e relatadas em indivíduos dependentes químicos é a hipossalivação e/ou xerostomia (PEDREIRA *et al.*, 1999). A xerostomia caracteriza-se



pela sensação subjetiva de falta de saliva que pode ou não estar relacionada à falta real de saliva. (PUPO *et al.*,2002). Segundo Perroto *et al.*(2007) a xerostomia comumente pode ser associada à hipossalivação, entretanto esse sintoma pode ser associado à outras causas que diferem da disfunção glandular. Assim, uma série de outros fatores pode ser responsável pela sensação de secura bucal, tais como: distúrbios neurológicos, integridade da mucosa e glândulas, receptores sensitivos, ação de radiações ionizantes sobre os tecidos bucais, agentes farmacológicos, senilidade, respiração bucal, obstrução nasal, estresse e doenças autoimunes (PERROTO *et al.*,2007). Já a hipossalivação caracterizam-se pela redução da quantidade de saliva que banha as mucosas bucais, os sintomas desse fenômeno podem aparecer mesmo sem uma redução considerável do fluxo salivar. Várias causas podem ser enumeradas como desencadeantes, como a síndrome de Sjogren, como uma sequela associada a radioterapia , ou mesmo como efeito colateral de certos medicamentos(GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P.A , 2003).

Dentre a lista de remédios que possuem como principal efeito colateral a xerostomia e /ou a hipossalivação encontram-se os anoréticos, anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, anti-hipertensivos e diuréticos (PERROTO *et al.*,2007).

A hipossalivação e/ou xerostomia são condições desagradáveis que levam a uma sintomatologia complexa – boca seca, ardência, dificuldade de fonação, entre outras-vistas comumente em consultas odontológicas. Outras importantes complicações também podem ser associadas às alterações citadas, destacando-se as cáries dentárias, a candidíase e dificuldade na utilização de próteses (GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P.A ,2003).

Segundo Pedreira *et al.*(1999); Colodel *et al.*(2009), indivíduos usuários de maconha e álcool apresentam fluxo salivar abaixo do normal. A maconha, por ser uma droga parassimpatolítica, que produz uma redução expressiva do fluxo salivar e pode contribuir com a alta prevalência de cáries e de outros fenômenos relacionados a xerostomia.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a aplicação do índice CPOD para avaliação da doença cárie na população. O valor deste índice expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados. As metas da OMS para 2010 estimavam que 90% da população entre 5 e 6 anos de idade fosse livre de cárie, e que em crianças entre 1 a 12 anos não fossem encontrados dentes perdidos por cárie ou doença periodontal até os 18 anos. Para a população adulta, foi estabelecido como ideal que 96% das pessoas apresentem - no mínimo - 20 dentes funcionais em cavidade bucal, que menos de 2% da população entre 35 e 44 anos seja desdentada, assim como os 5% acima dos 44 anos.

As novas metas para 2020 incluem aumento na proporção de crianças livres de cárie aos seis anos de idade e redução do índice CPOD aos 12 anos, com especial ênfase no componente cariado e uma redução no número de extrações devido a cáries em todas as idades (Organização Mundial da Saúde, 2014).

Pedreira *et al.* (1999) associaram a redução do fluxo salivar em dependentes químicos ao aumento no número de *Streptococcus mutans*, fato que justificaria o aumento na incidência de cárie nessa população. Segundo Di Cugno *et al.* (1981), o elevado índice CPOD presente nesses pacientes é decorrente: da redução do fluxo salivar, da alteração na capacidade tampão da saliva, da diminuição nas concentrações de cálcio e fosfato que se tornam insuficientes para equilibrar a queda de pH e para formação dos cristais de hidroxiapatita, e a dieta rica em açúcares.

É possível observar também uma alta taxa de dentes perdidos, como se verifica no estudo de Pedreira *et al.* (1999). Nessa pesquisa, o aumento de elementos perdidos ocorreu em todos os grupos avaliados, porém a taxa apresentou-se maior nos grupos onde ocorreu o uso da droga concomitante ao uso do álcool. Segundo os autores, este fato poderia ser justificado pela atuação direta da droga sobre o periodonto, que uma vez somada as alterações do metabolismo proteico ocasionadas pelo álcool, levariam a perda dental (PEDREIRA *et al.*, 1999).

O mascaramento da dor obtido pelo efeito analgésico do uso de substâncias narcóticas explica a convivência de dependentes químicos com todos os problemas dentais já citados, fato que justifica a ausência de dor mesmo em condições de extrema precariedade de saúde bucal (FRIEDLANDER, A.H.;MILLS, M.J.,1985).

Também é bastante comum nesses pacientes o diagnóstico da infecção por *Candida albicans*. Segundo Mateos-Moreno *et al.* (2013) essa infecção é decorrente da higiene deficiente como um todo. Nos dependentes químicos esta pode apresentar-se somente com envolvimento da mucosa oral ou como uma infecção generalizada em pacientes imunossuprimidos.

Outra alteração bucal interessante foi avaliada no estudo de Robinson *et al.* (2005),aonde os participantes reportaram hábitos de ranger os dentes associado com desgaste dos mesmos, além de danos aos tecidos moles bucais e sintomas da disfunção temporomandibular.

De acordo com todos os estudos analisados, constata-se que pacientes dependentes químicos apresentam uma saúde bucal precária com características que merecem grande atenção e cuidado por parte do cirurgião dentista. Com base no exposto, o presente estudo pretende traçar um perfil socioeconômico dos dependentes químicos e identificar as necessidades de saúde bucal que estes indivíduos apresentam, considerando: o índice CPOD, a xerostomia/hipossalivação, o uso

concomitante de medicamentos e outras doenças bucais ou sistêmicas que possam apresentar repercussão em cavidade bucal.

### 3 JUSTIFICATIVA

Diante dessas premissas, das limitações e da escassez de estudos científicos que correlacionam o *status* de saúde bucal ao uso de drogas ilícitas, faz-se necessária uma nova abordagem que vislumbre o panorama nacional. Com base nesta análise traçou-se um perfil deste grupo de pacientes que irá permitir ao cirurgião-dentista elaborar estratégias preventivas e curativas individualizadas e direcionadas para esta população.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Avaliar as condições de saúde bucal e socioeconômica de pacientes usuários de substâncias químicas ilícitas.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Avaliar dados demográficos e a condição socioeconômica de indivíduos dependentes químicos;
- Avaliar o índice CPOD de indivíduos dependentes químicos;
- Avaliar o fluxo salivar de indivíduos dependentes químicos;
- Correlacionar o *status* de saúde bucal ao uso de drogas ilícitas.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 Aspectos éticos

Os pacientes foram informados verbalmente e por escrito dos objetivos da pesquisa, dos riscos e benefícios de participarem do estudo e dos resultados esperados. Foram incluídos na pesquisa apenas os pacientes que concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). O comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) aprovou a realização deste estudo em 09/12/2013 por meio do protocolo de número 22723713.7.0000.0121 (Apêndice A) parecer 483.771.

Após os dados serem digitados no banco de dados, os participantes foram referidos apenas por um código de referência.

### 5.2 Desenho do estudo e casuística

O estudo caso controle de corte transversal foi realizado no período de tempo compreendido entre março de 2014 e setembro de 2014. Os pacientes envolvidos no estudo foram divididos em dois grupos principais:

**Grupo de estudo:** Foram avaliados 35 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, dependentes químicos e que estavam em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (Ipq/SC). Foram incluídos no grupo de estudo indivíduos usuários de maconha, cocaína (intravenosa ou inalatória) e crack. Pacientes poliusuários e em uso concomitante de substâncias lícitas, tais como tabaco e álcool, também foram considerados.

Todos os pacientes foram investigados quanto ao índice CPOD, quantidade de fluxo salivar pelo teste de adesividade da espátula, condição socioeconômica, dados demográficos e *status* de saúde bucal correlacionado ao uso de drogas ilícitas.

Durante a consulta médica de rotina com a equipe de psiquiatria, os pacientes receberam avaliação odontológica específica por dois examinadores Graduandos em Odontologia, calibrados por dois especialistas na Área de Estomatologia (professoras tutoras responsáveis pelo projeto), utilizando equipamentos de proteção individual. Os pacientes foram avaliados quando sentados em

cadeira, com auxílio de espátula de madeira e lanterna de mão. Após avaliação bucal inicial, os pacientes responderam um questionário simples (Apêndice B) que incluiu avaliação de dados como idade, sexo, etnia, uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas, tempo e frequência de uso, presença de hábitos deletérios, sensação de boca seca/xerostomia, comorbidades, uso de medicamentos, renda familiar média, número de habitantes por moradia, e número de pessoas participantes na renda.

Após avaliação bucal, todos os dados coletados foram transferidos para uma ficha clínica elaborada especificamente para este estudo. (Apêndice B)

**Grupo controle:** Constituído por 35 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, não usuários de substâncias químicas ilícitas, e que estão em atendimento odontológico na Disciplina de Clínica 3 do Curso de Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina. Estes indivíduos foram investigados quanto ao índice CPOD, quantidade de fluxo salivar pelo teste de adesividade da espátula, condição socioeconômica e dados demográficos.

Após consulta odontológica de rotina com alunos de graduação, os pacientes receberam avaliação odontológica específica pelos mesmos examinadores do grupo de estudo. Os pacientes foram avaliados quando sentados em cadeira odontológica, com auxílio de espátula de madeira e foco luminoso. Seguida avaliação bucal inicial, os pacientes responderam um questionário simples (Apêndice B) que incluiu avaliação de dados como idade, sexo, etnia, presença de hábitos deletérios, sensação de boca seca/xerostomia, comorbidades, uso de medicamentos, renda familiar média, número de habitantes por moradia, e número de pessoas participantes na renda.

Após avaliação bucal, todos os dados coletados foram transferidos para uma ficha clínica elaborada especificamente para este estudo. (Apêndice B)

## **5.3 Métodos**

### **5.3.1 Análise crítica de riscos e benefícios**

Os procedimentos incluídos nessa pesquisa, que incluíram resgate de dados clínicos de prontuário, entrevista e exame clínico, são inócuos e não invasivos, não oferecendo nenhum risco aos pacientes e mantendo o sigilo sobre sua identidade.

Como benefício direto, houve para o paciente um exame de sua condição bucal somada a orientações de higiene.

### **5.3.2 Critérios exclusão**

Pacientes menores de 18 anos foram excluídos desta pesquisa.

### **5.3.3 Avaliação da condição dentária (CPOD)**

A OMS recomenda o índice CPOD para avaliação da doença cárie na população. Uma vez que a maioria dos levantamentos epidemiológicos faz uso do índice para avaliação da saúde bucal, o mesmo foi adotado nesta pesquisa (PINTO, 1992).

Desta forma, foram adotadas as iniciais (C) para os dentes cariados, (P) para dentes perdidos, e (O) para os dentes obturados. A unidade de medida considerada foi o (D) de dente. O valor total do índice calculado corresponde, em um indivíduo, à soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados, dividido pelo número total de dentes no arco. O exame foi realizado após a secagem das superfícies dentais com gaze e avaliado a presença de lesões de cárie, restaurações, próteses, ausências dentárias e fraturas. Com base no cálculo, a obtenção do índice CPOD pode assumir valores entre 0 e 32.

Os dentes foram considerados hígidos quando não apresentaram lesões cariosas ou quando apresentavam manchas brancas, rugosas ou lisas, mas sem cavitação, ou ainda quando apresentavam fissuras pigmentadas. Os dentes foram considerados com lesões de cárie quando exibiam cavidade, restaurações com lesões de cárie secundárias ou restaurações e cárie em superfícies diferentes em um mesmo dente.

Os dentes obturados eram aqueles com material restaurador sem presença de lesão de cárie secundária. Os dentes perdidos referiram-se aos dentes já extraídos e aos dentes com indicação de exodontia por cárie, doença periodontal, por necessidade ortodôntica e ausências congênitas.

Cada dente foi avaliado de forma individual pelo examinador, o qual informou ao anotador o número total de dentes cariados, perdidos e o número de dentes obturados. Considera-se que um dente está cariado quando há a presença de cavidade pigmentada de marrom claro à negro, sendo que as margens podem estar esbranquiçadas (lesão ativa); um dente extraído é considerado como um dente perdido; e dente obturado é aquele com restauração de amálgama, resina composta ou



similar, sendo que dentes restaurados, mas com presença de cárie nas margens da restauração, são anotados como dentes cariados (GOVERNO DE TOCANTINS, 2003).

#### **5.3.4 Teste de aderência da espátula**

O teste é aplicado para avaliar a alteração da quantidade de saliva. Para tal, a espátula de madeira foi colocada sobre a mucosa jugal do paciente e sua aderência na região avaliada. (FEIO, M.; SAPETA, P., 2005).

#### **5.3.5 Hipótese**

Hipótese nula: Não há diferença na saúde bucal entre os grupos experimental (dependentes químicos) e controle (não usuários de substâncias químicas ilícitas).

Hipótese alternativa: O grupo experimental (dependentes químicos) possui saúde bucal mais precária que o grupo controle ( não usuários de substâncias químicas ilícitas).

#### **5.3.6 Análise dos dados clínicos**

Os dados clínicos foram analisados de forma descritiva com variáveis relativas e absolutas. O índice de CPOD e o teste de adesividade da espátula poderão ser correlacionados ao tipo de substância utilizada bem como a condição socioeconômica.

#### **5.3.7 Análise estatística**

Foi confeccionada uma tabela com os dados relativos ao paciente e tabelas de contingência com as alterações observadas para que as mesmas pudessem ser comparadas por meio de análise estatística, que foi realizada com o programa SPSS v.16.0 para Windows (SPSS, Chicago, IL, USA).O método de Kolmogorov and Smirnov foi utilizado para confirmar a distribuição Gausiana da amostra. O intervalo de confiança foi ajustado para 95%, ou seja, um nível de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

Os dados clínicos foram analisados de forma descritiva com variáveis relativas e absolutas. Foram analisadas por meio do teste qui-quadrado a diferença entre grupos com relação a gênero, hábitos de tabagismos e etilismo, uso de medicação, CPOD e teste de aderência da espátula.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Grupo de estudo:

Na sequência serão apresentados os dados gerais e de saúde bucal do grupo de estudo.

#### 6.1.1 Características gerais: Grupo de Estudo

Conforme análise geral, dos 35 pacientes dependentes químicos avaliados, 32 (91,43 %) eram do sexo masculino e 3 (8,57%) do sexo feminino; 29 (82,85%) pacientes eram leucodermas e 6 (17,15%) melanodermas; média de idade 35,94 anos, variação 19-56. Com relação a condição socioeconômica 24 (68,5%) pacientes eram solteiros, 9 (25,7%) casados, 1 (2,9%) divorciado e 1 (2,9%) apresentava união estável; 13 (37,1%) moravam com os pais, 12 (34,3%) com o cônjuge, , 4 (11,4%) moravam sozinhos, 2 (5,7%) com os filhos, 2 (5,7%) eram moradores de rua, 1 (2,9%) morava com os tios e primos e 1 (2,9%) com o ex-cônjuge; a renda familiar média foi de R\$ 2872,42, com uma média de 3,3 habitantes por moradia, sendo que apenas 1,77 pessoas contribuiu para esta renda (média). Quando questionados sobre o grau de escolaridade 15 (42,8%) pacientes relataram ter o ensino fundamental incompleto, 6 (17,2%) referiram ter completado o ensino fundamental, , 5 (14,3%) afirmaram ter o ensino médio incompleto, enquanto 3 (8,5%) completaram o curso, 3 (8,5%) pacientes relataram ter ensino superior incompleto, 1 (2,9%) paciente terminou o ensino superior, 1 (2,9%) completou o ensino técnico, e 1 (2,9%) paciente nunca estudou. Os dados descritos estão dispostos nas Tabelas 6.1.1.1, 6.1.1.2 e 6.1.1.3 para melhor visualização.

**Tabela 6.1.1.1** – Apresentação dos dados demográficos dos pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

<b>Característica</b>	<b>Mulheres (n = 3)</b>	<b>Homens (n = 32)</b>	<b>TOTAL (n = 35)</b>
<b>Idade</b>			
Média	35,3	35,78	35,94
Variação	28-48	19-56	19- 56
<b>Etnia</b>			
Leucoderma	3	26	29
Melanoderma	0	6	6

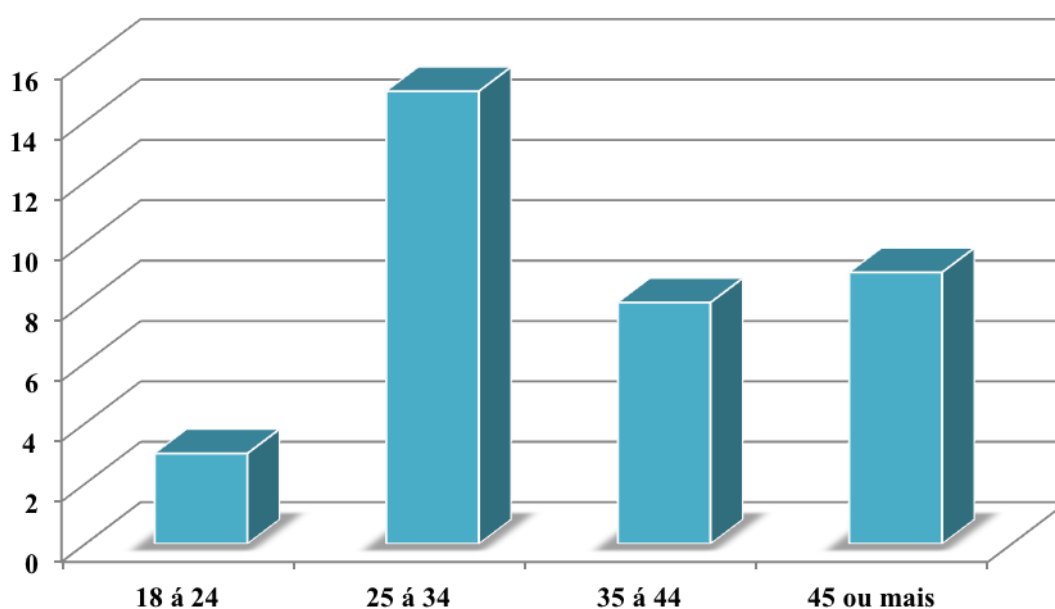
**Tabela 6.1.1.2** – Dados absolutos da condição socioeconômica dos pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

<b>Característica</b>	<b>Mulheres (n = 3)</b>	<b>Homens (n = 32)</b>	<b>TOTAL (n = 35)</b>
<b>Estado Civil</b>			
Solteiros	3	21	24
Casados	0	9	9
Divorciados	0	1	1
União estável	0	1	1
<b>Moradia</b>			
Cônjuge	0	12	12
Pais	0	13	13
Sozinho	0	4	4
Filhos	2	0	2
Morador de rua	0	2	2
Outros	1	1	2
<b>Grau de Escolaridade</b>			
Ensino fundamental completo	0	6	6
Ensino fundamental incompleto	2	13	15
Ensino médio completo	0	3	3
Ensino médio incompleto	0	5	5
Curso técnico	0	1	1
Ensino superior completo	1	0	1
Ensino superior incompleto	0	3	3
Nunca estudaram	0	1	1

**Tabela 6.1.1.3** – Renda média familiar dos pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

<b>Característica</b>	<b>TOTAL (n = 35)</b>
Renda média familiar	R\$ 2872,42
Habitantes por moradia (média)	3,3
Contribuintes de renda (média)	1,77

Com relação a faixa etária dos participantes da pesquisa, 15 (42,8%) tinham de 25 à 34 anos na data da realização do exame, 3 (8,6%) pacientes estavam na faixa de 18 à 24 anos, 8 (22,8%) de 35 à 44 anos e ainda 9 participantes (25,8%) de 45 à 56 anos de idade, como ilustra o gráfico 1.



**Gráfico 1** – Distribuição da amostra de dependentes químicos por faixa etária. Florianópolis, 2014.

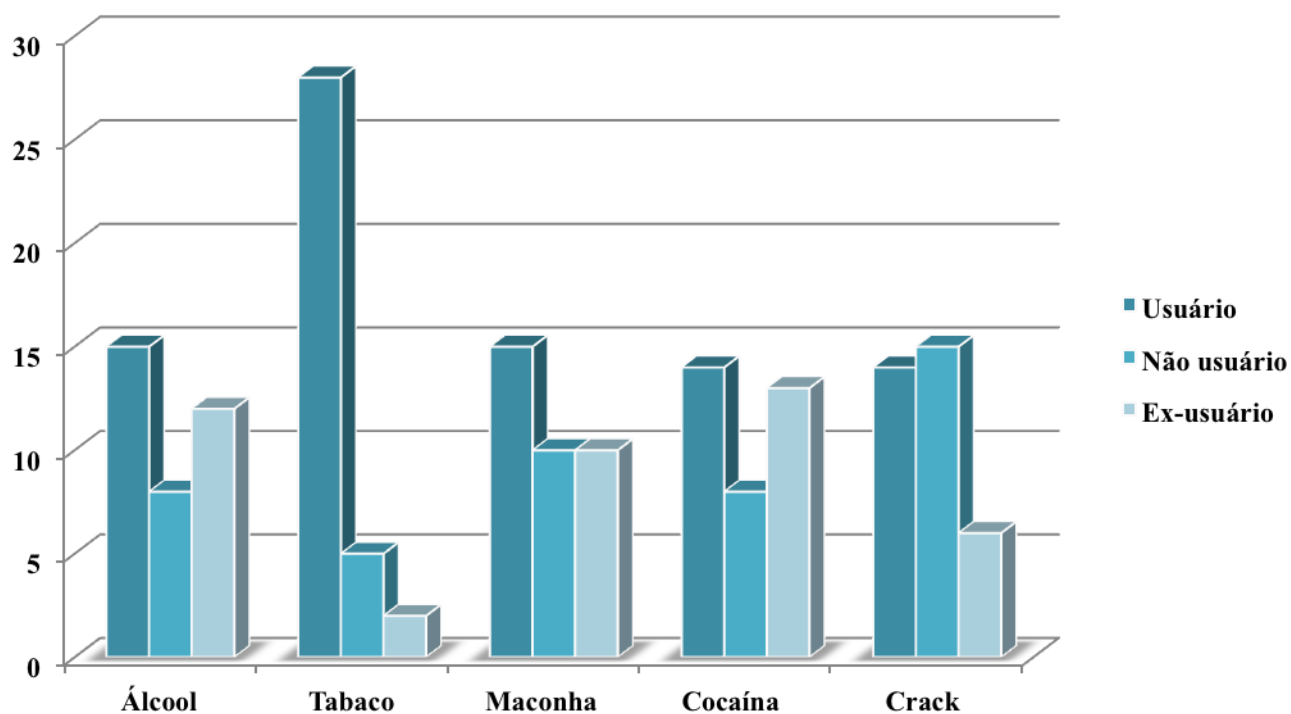
Os dados analisados mostram que dos 35 pacientes incluídos no grupo de estudo, 9 (25,7 %) apresentaram problemas de saúde, sendo estes a *diabetes melito* (1 paciente – 2,9%), a hipertensão arterial sistêmica (1 paciente – 2,9%), asma (1 paciente – 2,9%), infecção pelo vírus C (1 paciente – 2,9%), gastrite (1 paciente – 2,9%), enfisema pulmonar (1 paciente – 2,9%), bronquite (1 paciente – 2,9%), tuberculose prévia (1 paciente – 2,9%), e problemas ortopédicos (1 paciente – 2,9%). Dezesesseis (45,7%) pacientes referiram internação não relacionada ao uso de drogas ilícitas, enquanto 19 (54,3 %) não relataram internações prévias. (Tabela 6.1.1.4).

**Tabela 6.1.1.4** – Alterações sistêmicas e antecedentes cirúrgicos de pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

<b>Alteração sistêmica (comorbidades)</b>	<b>Total (n = 35)</b>
Diabetes melito	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Asma	1
Infecção pelo vírus C	1
Gastrite	1
Enfisema	1
Bronquite	1
Tuberculose prévia	1
Problemas ortopédicos	1
<b>Antecedentes cirúrgicos</b>	
Internações prévias não relacionada ao uso de drogas	16
Paciente sem internações hospitalar prévia	19

Levando-se em consideração os hábitos deletérios, 28 (80 %) pacientes afirmaram ser fumantes, enquanto 5 (14,3%) pacientes relataram nunca terem fumado, e apenas 2 (5,7%) pacientes referiram parada do hábito de fumar. Quinze (42,8%) pacientes afirmaram ser etilistas crônicos, 8 (22,9%) pacientes referiram não consumirem bebida alcoólica, enquanto 12 (34,3%) descreveram que estão em tratamento (ex-etilistas). Dos 35 pacientes incluídos na pesquisa, 16 (45,7%) afirmaram ser tabagistas e etilistas concomitantemente. Quando questionados a respeito do uso de drogas ilícitas 15 (42,8%) pacientes afirmaram o uso de maconha e 10 (28,57%)

classificaram-se como ex-usuários da substância; 14 (40%) fazem uso constante de Crack e 6 (17,2%) são ex-usuários; 14 (40%) pacientes ainda são usuários de cocaína e 13 (37,1%) afirmaram ser ex-usuários (Tabela 6.1.1.5). O gráfico 2 ilustra a divisão dos participantes nesses grupos de acordo com o tipo de droga utilizada.



**Gráfico 2-** Distribuição dos participantes da pesquisa em usuários, ex-usuários e não usuários da substância analisada por tipo de droga. Florianópolis, 2014.

**Tabela 6.1.1.5** – Dados absolutos e relativos dos hábitos deletérios de pacientes examinados que estão em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014

<b>Característica</b>	<b>Mulheres (n = 3)</b>	<b>Homens (n = 32)</b>	<b>Total (n = 35)</b>
<b>Tabagismo</b>			
Tabagistas	2	26	28
Ex-tabagistas	1	1	2
Quantidade média (carteira com 20)	2,5	2	2
<b>Etilismo</b>			
Etilistas	1	14	15
Ex-etilistas	1	11	12
Quantidade média ( litros)	1,5	1,7	1,6
<b>Tabagistas e etilistas</b>	1	15	16
<b>Drogas ilícitas</b>			
Maconha	1	14	15
Média de uso ( baseados/ dia)	1	6,6	6,5
Cocaína	1	13	14
Média de uso (g)	3	3,18	3,16
Crack	1	13	14
Média de uso (g)	2	5	4,8

Vinte e quatro (68,6%) dos 35 pacientes avaliados faziam uso de medicações de uso contínuo prescritas pelo médico psiquiatra no momento do exame. A Tabela 6.1.1.6 ilustra as medicações em uso.

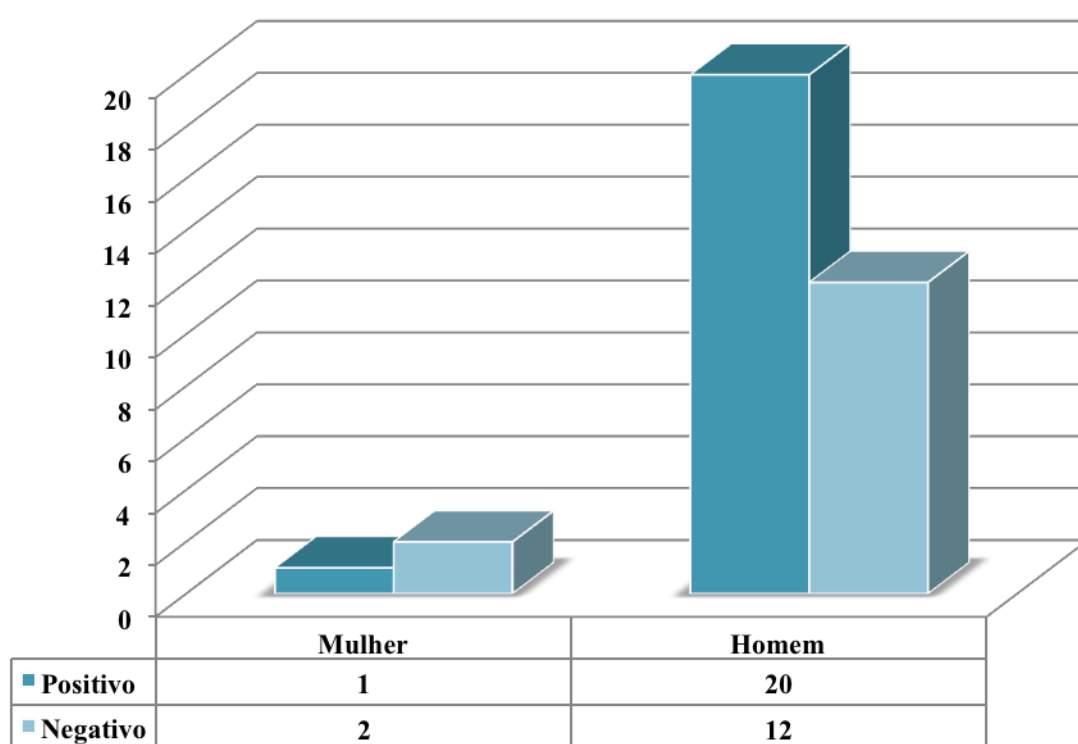


**Tabela 6.1.1.6** – Dados absolutos das medicações em uso pelos pacientes participantes da pesquisa em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

<b>Medicações em uso</b>	<b>Total (n = 35)</b>
Clorpromazepina 40 mg	5
Tiamina 300 mg	9
Carbamazepina	5
Haldol 5 mg	5
Fluoxetina 20 mg	3
Amtriptilicina 25 mg	3
Clonazepam 2 mg	2
Risperidona 2 mg	6
Topiramato 25 mg	1
Escitalopran 20 mg	1
Complexo B	6
Diazepam 10 mg	9

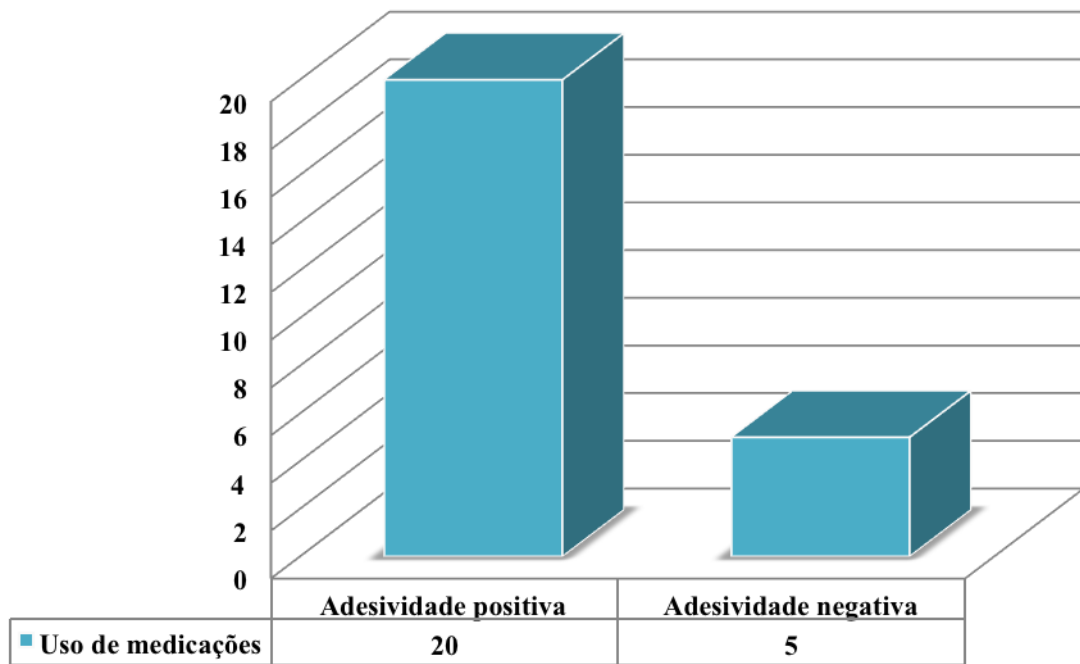
### **6.1.2. Avaliação da saúde bucal: Grupo de Estudo**

Com relação ao exame físico intra-bucal, 21 (60%) pacientes apresentaram teste de adesividade positivo da espátula, enquanto 14 (40%) não demonstraram aderência. (Gráfico 3)



**Gráfico 3-** Dados relativos ao teste de adesividade da espátula dos pacientes dependentes químicos participantes da pesquisa divididos por sexo. Florianópolis, 2014.

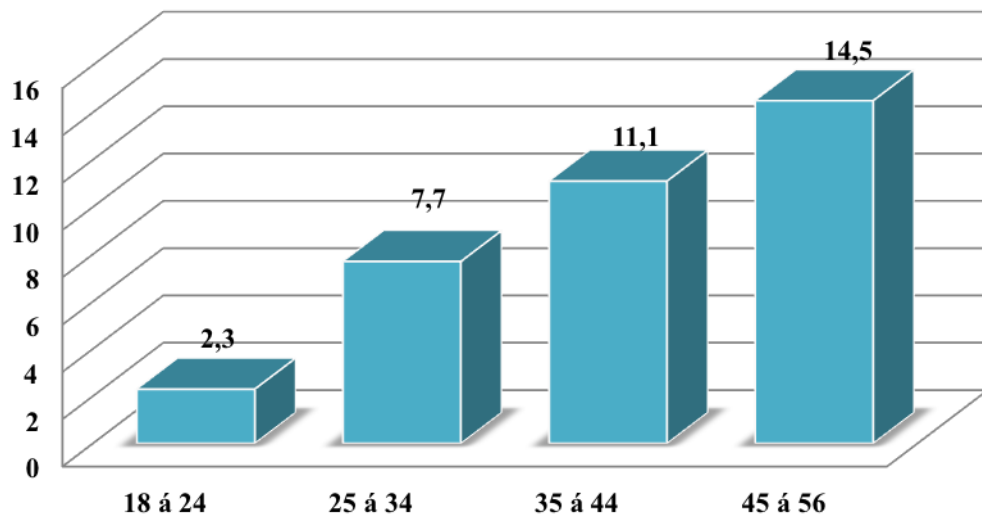
Dos 35 pacientes incluídos na pesquisa, 25 (71,43 %) fazem uso de medicações específicas. Dos 21 (60%) pacientes usuário de substâncias químicas ilícitas com teste de adesividade de espátula positiva, 18 (51,43 %) utilizam medicações de uso contínuo devido à dependência química e/ou transtorno psicótico. O uso de medicações com efeito colateral de hipossalivação e/ou xerostomia também foi verificado em 20 (57,15%) pacientes com teste de adesividade positivo e 5 (14,3%) com teste de adesividade negativo.



**Gráfico 4** - Pacientes dependentes químicos que fazem uso de medicações de uso contínuo e sua relação com o teste de adesividade da estátula. Florianópolis, 2014.

A média geral do índice CPOD para o grupo de estudo foi de 9,8 dentes por participante, sendo que 60% dos pacientes apresentaram dentes cariados (1,4 dentes por indivíduo), 68,6% do grupo apresentaram um ou mais dentes perdidos (4,2 dentes por paciente), e 77,1 % apresentaram dentes obturados (4,2 dentes por indivíduo). Para as mulheres, o CPOD médio foi de 12,3 dentes por paciente e ,enquanto para os homens o índice apresentado foi de 9,56 dentes por paciente.

Quando os pacientes foram estratificados segundo a faixa etária, a média do índice CPOD foi de 2,3 para indivíduos na faixa de 18 a 24 anos de idade; 7,7 para a faixa entre 25 a 34 anos de idade; 11, 1 para indivíduos com faixa etária entre 35 a 44 anos; e de 14,5 para pacientes entre 45 à 56 anos de idade como ilustra o gráfico 5.



**Gráfico 5** – Estratificação do índice CPOD (média) segundo faixa etária dos pacientes do grupo de estudo. Florianópolis, 2014.

## 6.2 Grupo controle

Na sequência serão apresentados os dados gerais e de saúde bucal do grupo de controle.

### 6.2.1 Características gerais: Grupo controle

Conforme análise geral, dos 35 pacientes avaliados no grupo controle, 14 (40 %) eram do sexo masculino e 21 (60%) do sexo feminino; 29 (82,8%) pacientes eram leucodermas, 5 (14,3%) melanodermas e 1 (2,9%) paciente era feoderma; média de idade 45,11 anos, variação 21-83. Com relação a condição socioeconômica 19 (54,3%) pacientes eram casados, 13 (37,1%) eram solteiros, e 3 (8,6%) eram viúvos; 17 (48,5%) pacientes referiram morar com o cônjuge, 7 (20%) moravam sozinhos, 6 (17,15%) moravam com os pais, 3 (8,6%) com os filhos, 1 (2,9%) relatou viver em uma casa de repouso e 1 (2,9%) com uma sobrinha; a renda familiar média foi de R\$ 4.105,00, com 3,85 habitantes por moradia (média), sendo que apenas 1,73 pessoas contribui para esta renda (média). Quando questionados sobre o grau de escolaridade 10 (28,6%) pacientes afirmaram ter o ensino médio completo, 8 (22,8%) referiram ter completado o ensino fundamental, enquanto 8 (22,8%) relataram ensino fundamental incompleto, 5 (14,3%) pacientes cursam o ensino superior, 3 (8,6%) participantes já concluíram o ensino superior, e 1 (2,9%) paciente afirmou ter o curso superior incompleto, e. Os dados descritos estão dispostos nas Tabelas 6.2.1.1, 6.2.1.2 e 6.2.1.3 para melhor visualização.

**Tabela 6.2.1.1** – Apresentação dos dados demográficos dos pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014.

<b>Característica</b>	<b>Mulheres (n = 21)</b>	<b>Homens (n = 14)</b>	<b>TOTAL (n = 35)</b>
<b>Idade</b>			
Média	43,95	42,35	45,11
Variação	21-83	23-70	21- 83
<b>Etnia</b>			
Leucoderma	18	11	29
Melanoderma	2	3	5
Xantoderma	1	0	1

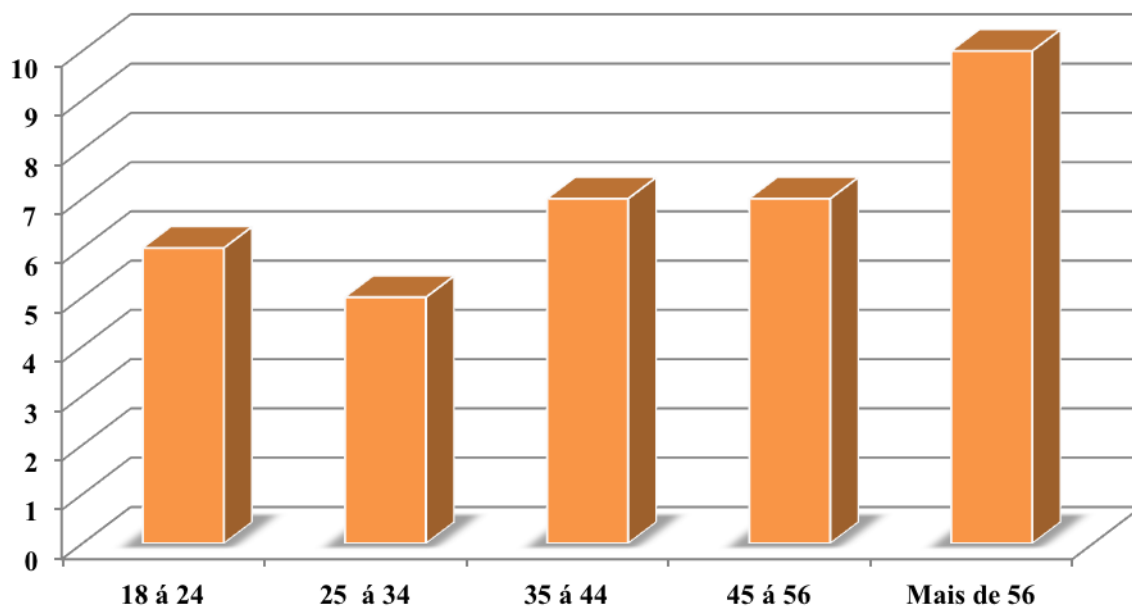
**Tabela 6.2.1.2** – Dados absolutos sobre a condição socioeconômica dos pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014.

<b>Característica</b>	<b>Mulheres (n = 21)</b>	<b>Homens (n = 14)</b>	<b>TOTAL (n = 35)</b>
<b>Estado Civil</b>			
Solteiros	8	6	14
Casados	10	8	18
Viúvos	3	0	3
<b>Moradia</b>			
Cônjuge	9	8	17
Pais	4	2	6
Sozinho	4	3	7
Filhos	3	0	3
Casa de repouso	0	1	1
Outros	1	0	1
<b>Grau de Escolaridade</b>			
Ensino fundamental completo	4	4	8
Ensino fundamental incompleto	6	2	8
Ensino médio completo	6	4	10
Ensino médio incompleto	0	1	1
Superior incompleto	4	1	5
Ensino superior completo	1	2	3

**Tabela 6.2.1.3** – Renda média familiar dos pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014.

<b>Característica</b>	<b>TOTAL (n = 35)</b>
Renda média familiar	R\$ 4105,00
Habitantes por moradia (média)	3,85
Contribuintes de renda (média)	1,73

Com relação à faixa etária dos participantes, a maior parte, 17(48,6 %) tinha 45 anos ou mais na data da realização do exame, 6 (17,1%) estavam na faixa entre 18 à 24 anos, 5 (14,3%) tinham entre 25 à 44 anos e 7 (20 %) participantes apresentavam entre 35 à 44 anos de idade, como ilustra o gráfico 6.



**Gráfico 6** – Distribuição da amostra do grupo controle por faixa etária. Florianópolis, 2014.

Dos 35 pacientes participantes do grupo controle, 8 (22,8 %) apresentaram problemas de saúde, sendo estes a hipertensão arterial sistêmica (5 pacientes – 14,4%), a diabetes melito (1 paciente – 2,9%), a gastrite (1 paciente – 2,9%) e a infecção pelo HIV (1 paciente-2,9%). Dezesete (48,6%) pacientes referiram internações prévias sem relação com o uso de drogas, por outro lado 18 (51,4 %) pacientes não relataram internações anteriores. (Tabela 6.2.1.4).

Com relação ao uso de medicamentos, 16 (45,7 %) pacientes referiram uso de alguma medicação de uso contínuo no momento da avaliação odontológica. Desses, 5 (14,4%) pacientes faziam uso de contraceptivos, 3 (8,6%) utilizavam Omeprazol para tratamento de alterações gastrointestinais, 2 (5,8%) faziam uso de Rivotril e Donaren para tratamento de depressão, e 1 (2,9%) paciente utilizava medicamentos antivirais para tratamento do HIV/AIDS, 1 (2,9%) utilizava Digoxina, 1 (2,9%) Azartan, 2 (5,8%) Losartana, e 1 (2,9%) utiliza glicose para controle da diabetes.

**Tabela 6.2.1.4** – Alterações sistêmicas e antecedentes cirúrgicos em pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014.

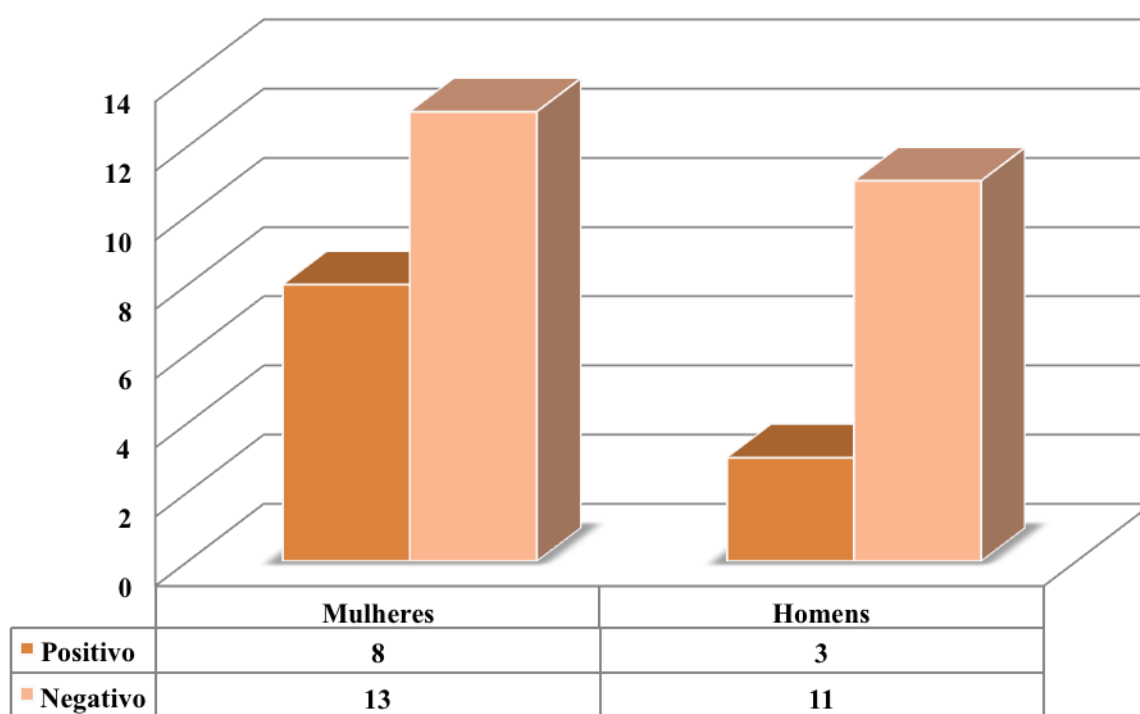
<b>Alteração sistêmica (comorbidades)</b>	<b>Total (n = 35)</b>
Diabetes melito	1
Hipertensão arterial sistêmica	5
Gastrite	1
AIDS	1
<b>Antecedentes cirúrgicos</b>	
Internações prévias não relacionada ao uso de drogas	17
Paciente sem internações hospitalar prévia	18

Levando-se em consideração os hábitos deletérios dos pacientes incluídos no grupo controle, 8 (22,8 %) afirmaram ser fumantes, enquanto 18 (51,4%) pacientes relataram nunca terem fumado, 9 (25,8%) ainda referiram a parada do hábito. Trinta e dois pacientes (91,4%) pacientes referiram não consumir bebida alcoólica, enquanto 2 (5,7%) afirmaram ser etilistas crônicos, e apenas 1 (2,9%) paciente relatou ser ex etilista. Dos 35 pacientes avaliados neste grupo apenas 1(2,9%) afirmou ser tabagista e etilista concomitante..

### **6.2.2 Avaliação de saúde bucal: Grupo Controle**

Com relação ao exame físico intra-bucal, 11 (31,4%) pacientes apresentaram teste de adesividade positivo da espátula, enquanto 24 (68,6%) não demonstraram aderência.

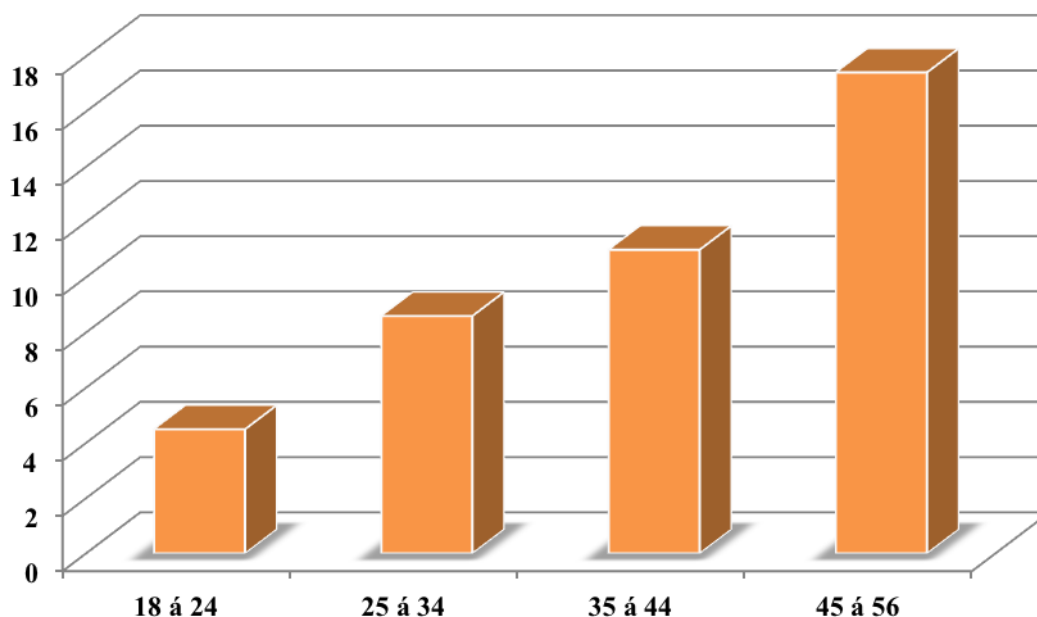




**Gráfico 7**– Dados absolutos sobre o teste de adesividade da espátula dos participantes do grupo controle dividido por sexo. Florianópolis,2014.

A média geral do índice CPOD para o grupo controle foi de 12,3 dentes por paciente, sendo que a média de dentes cariados foi de 1,05 (28,6% dos pacientes), a média de dentes perdidos foi de 6,54 por paciente (74,3% dos pacientes), e a média de dentes obturados por indivíduo foi de 4,57 (85,7% da amostra). Para este grupo o CPOD médio das mulheres foi de 13,23, e para os homens de 11,0.

Quando os pacientes foram estratificados segundo a faixa etária, a média do índice CPOD foi de 4,5 para a faixa etária dos 18 aos 24 anos, 8,6 para o grupo dos 25 aos 34 anos de idade, 11,0 para 35 à 44 anos e 17,42 para o grupo de 45 à 56 de idade. A faixa etária maior que 56 anos teve uma média de CPOD igual à 16,3 dentes por paciente. (Gráfico 8)



**Gráfico 8** – Estratificação do índice CPOD (média) segundo faixa etária dos pacientes do grupo controle. Florianópolis, 2014.

### 6.3 Grupo de estudo *versus* Grupo controle : Análise dos resultados e análise estatística

Nos parágrafos abaixo serão comparados os dados gerais e de saúde bucal dos grupos de estudo e do grupo controle. Na sequência serão apresentadas as análises estatísticas.

#### 6.3.1 Análise das características gerais

Dos 35 pacientes avaliados no grupo de estudo, 32 (91,43%) eram do sexo masculino, com média de idade de 35,78 anos, variação 19-56 anos. 13 (37,1%) pacientes da amostra referiram morar com os pais, sendo que somente 3 (8,5%) dos pacientes incluídos no estudo concluíram o ensino médio. No grupo controle, 21 (60%) pacientes dos 35 avaliados eram do sexo feminino, com média de idade de 43,95 anos, variação 21-83. 17 (48,5%) pacientes referiram viver com o cônjuge, e 10 (28,6%) dos indivíduos incluídos neste grupo concluíram o segundo grau. Os dados demográficos são exposto em detalhes na tabela 6.3.1.1

**Tabela 6.3.1.1**– Dados gerais comparativos dos pacientes do grupo de estudo *versus* controle.

Florianópolis, 2014.

<b>Característica</b>	<b>Dependentes Químicos</b>		<b>Controle</b>		<b>TOTAL (n = 70)</b>
	<b>Mulheres (n = 3)</b>	<b>Homens (n = 32)</b>	<b>Mulheres (n = 21)</b>	<b>Homens (n = 14)</b>	
<b>Estado Civil</b>					
Solteiros	3	21	8	6	38
Casados	0	9	10	8	27
Viúvos	0	1	3	0	4
União Estável	0	1	0	0	1
<b>Moradia</b>					
Cônjuge	0	12	9	8	29
Pais	0	13	4	2	19
Sozinho	0	4	4	3	11
Filhos	2	0	3	0	5
Casa de repouso	0	0	0	1	1
Morador de rua	0	2	0	0	2
Outros	1	1	0	0	2
<b>Grau de Escolaridade</b>					
Ensino fundamental completo	0	6	4	4	14
Ensino fundamental incompleto	2	13	6	2	21
Ensino médio completo	0	3	6	4	12
Ensino médio incompleto	0	5	0	1	6
Superior incompleto	0	3	4	1	8
Ensino superior completo	1	0	1	2	4
Curso técnico	0	1	0	0	1
Nunca estudaram	0	1	0	0	1

Após comparação dos dados descritivos, o teste de qui-quadrado foi aplicado para pareamento das características gerais (dados demográficos), conforme tabela 6.3.1.2.

**Tabela 6.3.1.2** – Características gerais dos pacientes examinados nos grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014.

Característica SEXO*	Média de Idade	Variação	Cor da pele		
			Leucoderma	Melanoderma	Xantoderma
<b>Grupo Estudo</b>					
Homens	35,78	19-56	26	6	0
Mulheres	35,3	28-48	3	0	0
Total	35,94	19-56	29	6	0
<b>Grupo controle</b>					
Homens	42,35	23-70	11	3	0
Mulheres	43,95	21-83	18	2	1
Total	45,11	21-83	29	5	1
*Qui- Quadrado (p)					
p= 0,0001					

Com relação aos hábitos deletérios, 28 (80%) pacientes do grupo de estudo afirmaram se fumantes no momento do exame, 15 (42,8%) afirmaram ser etilistas crônicos e 16 (45,7%) afirmaram o consumo concomitante de ambas substâncias químicas lícitas. No grupo controle, 8 (22,8%) pacientes da amostra relataram o tabagismo como hábito deletério, 2 (5,7%) afirmaram o consumo frequente de bebida alcoólica e apenas 1 (2,9%) relatou o uso concomitante destas drogas.

**Tabela 6.3.1.3** – Análise estatística sobre os fumantes (Teste qui-quadrado). Letras maiúsculas representam diferença significativa entre grupos experimental e controle e letras minúsculas representam diferença entre as variáveis. Florianópolis, 2014

Pacientes	Fumantes	Não fumantes	Ex-fumantes	Total
Experimental	28 <sup>Aac</sup>	5 <sup>aB</sup>	2 <sup>Cc</sup>	35
Controle	8 <sup>Ab</sup>	18 <sup>Bb</sup>	9 <sup>C</sup>	35
Total	36	23	11	70

Houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação ao hábito de fumar ( $p = 0,0001$ ). O grupo de fumantes no grupo experimental foi maior que o grupo de não fumantes ( $p = 0,0001$ ) e ex-fumantes ( $p = 0,0012$ ) do grupo controle. Não houve diferenças entre os grupos de não-fumantes e ex-fumantes ( $p = 0,8311$ ).

**Tabela 6.3.1.4-** Análise estatística sobre os etilistas (Teste qui-quadrado). Letras maiúsculas representam diferença significativa entre grupos experimental e controle e letras minúsculas representam diferença entre as variáveis. Florianópolis, 2014.

Pacientes	Etilistas	Não etilistas	Ex-etilistas	Total
Experimental	15 <sup>Aa</sup>	8 <sup>aB</sup>	12 <sup>C</sup>	35
Controle	2 <sup>Ab</sup>	32 <sup>Bb</sup>	1 <sup>C</sup>	35
Total	17	40	13	70

Houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação ao etilismo ( $p = 0,0001$ ). O grupo de etilistas no grupo experimental foi maior que o grupo de não etilistas ( $p = 0,0001$ ) e o grupo de ex-etilistas no grupo experimental foi maior que o de não etilistas ( $p = 0,0001$ ) do grupo controle. Não houve diferenças entre os grupos de etilistas e ex-etilistas ( $p = 0,806$ ).

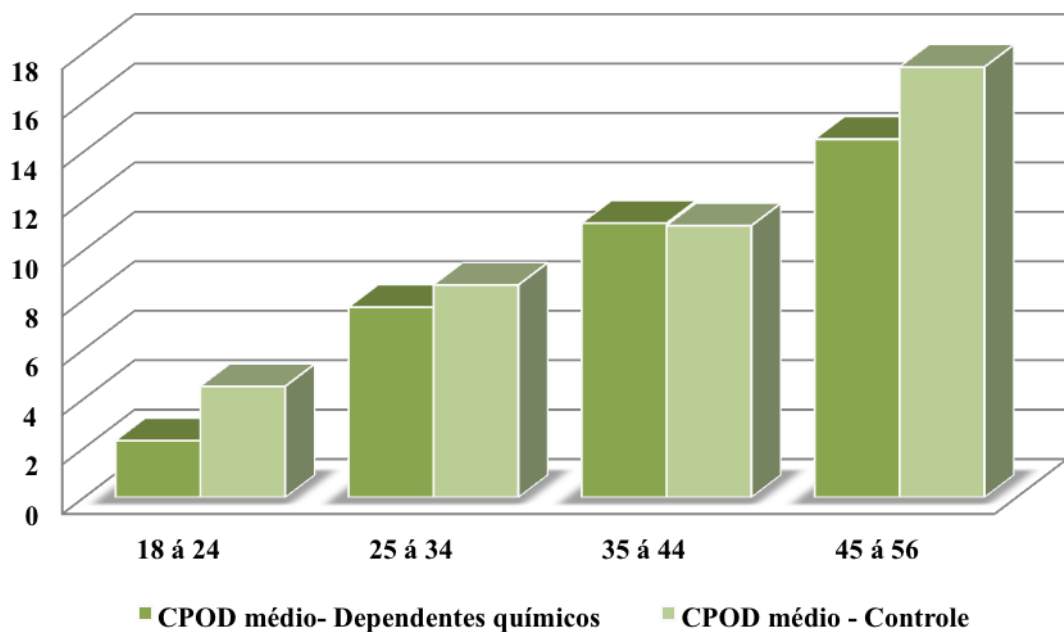
A renda salarial média dos indivíduos analisados no grupo controle foi quase duas vezes maior que o valor médio da renda de pacientes avaliados no grupo de estudo, sendo que 1,73-1,77 moradores contribuíam para esta renda nos grupos controle e estudo, respectivamente. Dados expostos na tabela 6.3.1.5.

**Tabela 6.3.1.5 -** Dados comparativos sobre a renda familiar média de habitantes por moradia dos grupos de estudo *versus* controle. Florianópolis, 2014.

Característica	Grupo de Estudo	Grupo Controle
Renda média familiar	R\$ 2872,00	R\$ 4.105,00
Habitantes por moradia (média)	3,3	3,85
Contribuintes de renda (média)	1,77	1,73

### 6.3.2 Avaliação de saúde bucal

A média geral do índice CPOD foi de 9,8 no grupo de estudo (35 pacientes) e de 12,3 no grupo controle (35 pacientes) (Tabela 6.3.2.1). Quando os pacientes de ambos os grupos foram estratificados segundo a faixa etária, a média dos índices CPOD consistiu de: 2,3 no grupo de estudo para a faixa dos 18 aos 24 anos (3 pacientes) e de 4,5 no grupo controle (6 pacientes); na faixa entre os 25 e 34 anos o índice CPOD foi de 7,7 no grupo de estudo (15 pacientes) e de 8,6 no grupo controle (5 pacientes); para pacientes com idades entre 35 à 44 anos a média do índice foi de 11,1 no grupo de estudo (8 pacientes) e de 11 no grupo controle (7 pacientes); indivíduos com idades entre 45 à 56 anos apresentaram um índice CPOD médio de 14,5 no grupo de estudo (9 pacientes) e de 17,4 no grupo controle (7 pacientes), respectivamente. (Gráfico 9)

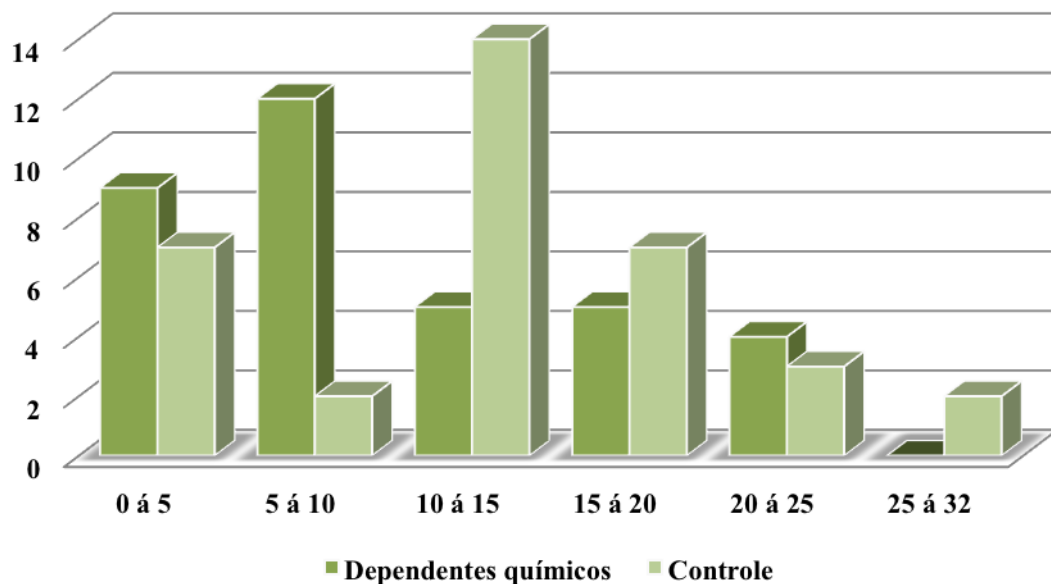


**Gráfico 9** – Estratificação e análise comparativa do índice CPOD segundo faixa etária nos grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014

. **Tabela 6.3.2.1-** Análise geral do índice CPOD entre os grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014

Grupos	Média do Índice CPOD
Experimental	9,8
Controle	12,3
<b>Qui-Quadrado (p)</b>	<b>p= 0,0148</b>

A análise complementar para avaliação do índice CPOD intergrupos, com base na estratificação pelo índice, demonstrou que: 9 (25,7%) pacientes do grupo de estudo e 7 (20%) controles apresentaram índice CPOD entre 0 e 5; 12 (34,3%) pacientes do grupo experimental e 2 (5,7%) controles apresentaram índices CPOD entre 5 e 10; Para faixas entre 10 e 15 do índice CPOD foram encontrados 5 (14,3%) indivíduos do grupo experimental e 14 (40%) no controle; 5 (14,3%) pacientes incluídos na amostra do grupo de estudo e 7 (20%) no grupo controle apresentaram índices entre 15 a 20; 4 (11,4 %) pacientes participantes do grupo de estudo e 3 (8,6%) do controle apresentaram índices entre 20 e 25; enquanto 2 (5,7%) pacientes no grupo controle apenas apresentaram índices CPOD entre 25 e 32 (Gráfico 10 e Tabela 6.3.2.2).

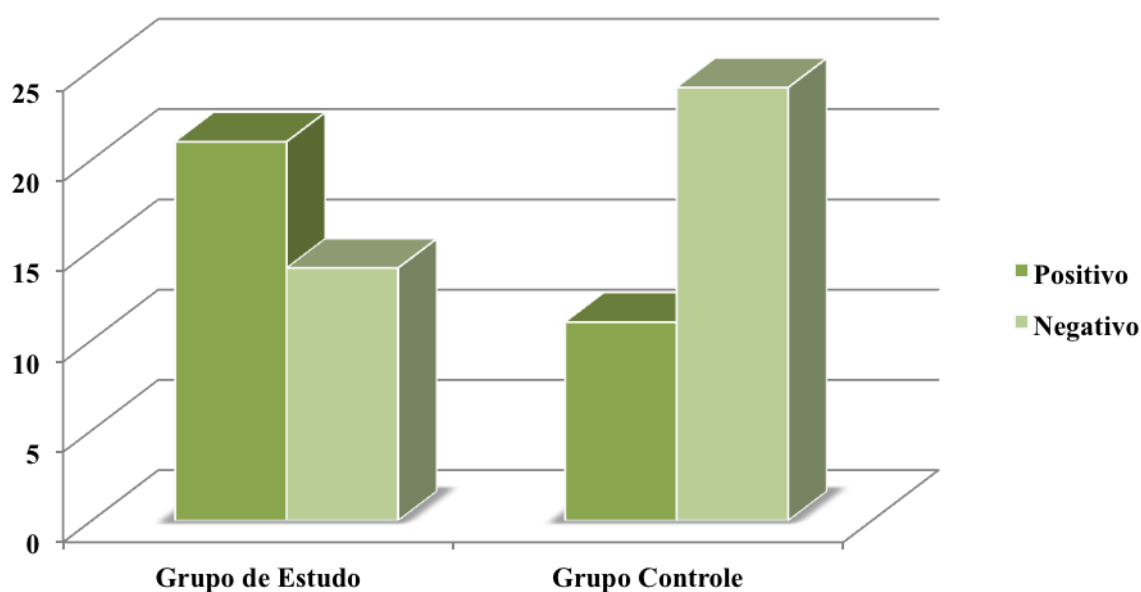


**Gráfico 10** – Estratificação e análise comparativa do índice CPOD nos grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014

**Tabela 6.3.2.2-** Estratificação e análise comparativa do índice CPOD nos grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014.

Grupos	CPOD					
	0 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	20 a 25	25 a 32
Experimental	9	12	5	5	4	0
Controle	7	2	14	7	3	2
<b>Total</b>	16	14	19	12	7	2
<b>Qui-Quadrado (p)</b>	p= 0,1746	<b>p= 0,0025</b>		p= 0,8607		p= 0,5303

O teste de adesividade de espátula foi positivo em 60% dos pacientes analisados no grupo experimental (21 pacientes) (Gráfico 11). Destes, 20 (57,15%), faziam uso de alguma medicação que apresentava como efeito colateral descrito em bula a hipossalivação e/ou xerostomia. No grupo controle, 31,4% dos pacientes (11 pacientes) foram positivos para o teste de adesividade da espátula, sendo que 14% dos pacientes (5 indivíduos) faziam uso de medicações com efeito colateral de hipossalivação e/ou xerostomia. (Tabela 6.3.2.1).



**Gráfico 11** – Análise comparativa do teste de aderência da espátula entre o grupo controle e o grupo de estudo. Florianópolis, 2014.



**Tabela 6.3.2.3-** Análise comparativa do teste de aderência da esptátula entre os grupos de estudo e controle. Florianópolis, 2014.

<b>Grupos</b>	<b>Adesividade</b>	
	<b>Positiva</b>	<b>Negativa</b>
Experimental	21	14
Controle	11	24
<b>Total</b>	32	38
<b>Qui-Quadrado (p)</b>	<b>p=0,0308</b>	

**Tabela 6.3.2.4-** Resultados do grupo experimental e do grupo controle referente as medicações de uso contínuo. Florianópolis,2014.

<b>Grupos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
Experimental	24	11	35
Controle	16	19	35
<b>Total</b>	40	30	70
<b>Qui-Quadrado (p)</b>	<b>p=0,0909</b>		

## 7 DISCUSSÃO

O uso abusivo de drogas, tanto as lícitas quanto as ilícitas, apresenta diversas consequências para a cavidade bucal e para os dentes propriamente ditos. Dentre as principais alterações que podem ser citadas destacam-se xerostomia, o índice CPOD elevado, a diminuição do fluxo salivar e da capacidade tampão da saliva, o bruxismo, a doença periodontal, a gengivite, e a candidíase (RIBEIRO *et al.*, 2002 ; PEDREIRA *et al.*, 1999; COLODEL *et al.*, 2009; MATEOS-MORENO *et al.*, 2013).

Embora todos estes problemas já tenham sido identificados por estudos preliminares (RIBEIRO *et al.*; 2002; PEDREIRA *et al.*, 1999), o atendimento odontológico dessa parcela da população brasileira ainda é negligenciado pela sociedade, fato que, segundo Ribeiro *et al.* (2002), implica na falta de estratégias direcionadas a esta parcela da população.

O objetivo maior desta pesquisa consistiu em avaliar as condições de saúde bucal e socioeconômicas de pacientes usuários de substâncias químicas ilícitas. Para efetuar tal análise, realizamos um estudo caso-controle, onde o *status* de saúde bucal e a condição socioeconômica de pacientes dependentes químicos em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da UFSC e no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) pode ser comparado com um grupo controle não pareado, composto por indivíduos normoreativos que estavam em tratamento nas Clínicas Odontológicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Como resultado, verificamos uma diferença estatisticamente significativa quando comparadas as condições de saúde bucal de indivíduos dependentes químicos (Grupo de Estudo) com indivíduos não usuários de substâncias químicas ilícitas, adotados como grupo controle nesta pesquisa. O índice CPOD foi instituído como principal indicador da condição de saúde bucal neste estudo, complementado pela avaliação da taxa do fluxo salivar pelo teste de adesividade da espátula. A OMS preconiza o índice CPOD como instrumento para mensurar experiências presente e passada do ataque da cárie dentária na dentição permanente.

Pedreira *et al.* (1999) realizaram um estudo semelhante no qual o índice CPOD e a taxa do fluxo salivar também foram utilizados como indicadores de saúde bucal, somados a aplicação de um questionário. No estudo conduzido pelos autores, foram incluídos na análise 38 pacientes usuários de drogas lícitas e ilícitas. O CPOD apresentou-se elevado e o componente perdido foi predominante na amostra. A taxa do fluxo salivar e capacidade tampão da saliva mostraram-se normais nos indivíduos analisados. O índice CPOD foi de 27,13 para a amostra em questão, sendo

que os pacientes foram estratificados de acordo com as drogas consumidas. A faixa etária prevalente foi de 18 à 54 anos de idade, muito semelhante ao nosso estudo.

O emprego do índice CPOD como indicador de saúde bucal também foi utilizado por Ribeiro *et al.* (2002). No trabalho, 102 pacientes em uso de substâncias químicas ilícitas foram avaliados e os índices de higiene bucal, gengival e a taxa do fluxo salivar foram investigados. Os pesquisadores encontraram padrões precários de higiene nos dependentes analisados, e o fluxo salivar foi normal nesses pacientes. A média do índice CPOD no estudo foi de 14, 88 nos pacientes, para faixa etária dos 18 aos 64 anos de idade.

Além do índice CPOD, a aplicação de questionários direcionados, a avaliação da condição de higiene bucal e de saúde periodontal também são citadas na literatura como parâmetros de para a avaliação da condição de saúde bucal de pacientes dependentes químicos nos estudos realizados por Shekarchizadeh *et al.* (2013); Sheridan, Aggleton e Carson (2001) ;Colodel *et al* (2009); Mateos-Moreno *et al* (2013).

Na análise conduzida por Shekarchizadeh *et al.* (2013), 635 pacientes foram avaliados e a condição de saúde bucal foi estudada por meio da aplicação de um questionário que continha informações referentes ao hábito de escovar os dentes, pela utilização de creme dental com ou sem flúor, pelo uso de fio dental e pelo tipo de alimentação dos indivíduos avaliados.

Sheridan, Aggleton e Carson (2001) avaliaram 125 pacientes dependentes químicos e 129 pacientes não usuários de substâncias químicas ilícitas incluídos no grupo controle. Os grupos investigados foram constituídos a partir de em um serviço farmacêutico comunitário onde os dependentes químicos coletavam seringas para utilização de drogas injetáveis, e os pacientes do grupo controle eram aqueles que procuravam medicamentos de uso contínuo. Na metodologia delineada, os pacientes respondiam um questionário que, além de outras informações demográficas, continha questões referentes ao histórico de saúde bucal dos últimos 12 meses, acesso ao tratamento dental, uso recente de serviços odontológicos, higiene bucal e consultas médicas de rotina. Os dados analisados foram descritos com base no questionário respondido pelos participantes da pesquisa. No questionário, indivíduos relataram menor uso de serviços odontológicos e maiores problemas de saúde bucal.

A presença de alterações bucais foi investigada por Colodel *et al.* (2009), 22 pacientes foram incluídos na amostra, e um questionário foi aplicado como análise complementar para avaliação da condição bucal. Os resultados incluíram alta prevalência de cárie dental e presença de alterações de tecido mole nesses indivíduos. Nesse estudo, o índice CPOD não foi utilizado, porém a ocorrência

ou não de lesão cariiosa nos pacientes avaliados foi analisada e, dos 22 dependentes químicos que participaram desse estudo, dez apresentaram a doença.

Mateos-Moreno *et al.* (2013), avaliaram os hábitos de higiene oral, a presença de patologias sistêmicas, os tipos de medicamentos utilizados e a duração do uso, a presença de patologias bucais, os índices de saúde bucal, o risco de cárie com base em testes de produção salivar, e a microbiologia periodontal, em um trabalho que incluiu 64 pacientes no total da pesquisa e os dados obtidos permitiram concluir que os pacientes usuários de substâncias químicas ilícitas investigados apresentaram más condições de saúde bucal e maior prevalência de cárie e doença periodontal. O índice CPOD encontrado nesse estudo foi de 22,7 nos pacientes entre 30 e 56 anos de idade.

Comparando os dados da literatura aos do nosso estudo é possível perceber que a faixa etária encontrada é muito semelhante às encontradas nos estudos realizados previamente (RIBEIRO *et al.*, 2002 ; PEDREIRA *et al.*, 1999; COLODEL *et al.*, 2009; MATEOS-MORENO *et al.*, 2013).). O índice CPOD encontrado foi inferior aos das pesquisas supracitadas (RIBEIRO *et al.*, 2002 ; PEDREIRA *et al.*, 1999; MATEOS-MORENO *et al.*, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, na última grande pesquisa para avaliação da saúde bucal no Brasil realizada em 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – aponta que a população brasileira apresenta um CPOD médio de 16,3. Embora considerado alto, o valor divulgado mostra-se superior as médias de CPOD encontradas em nossa pesquisa, para ambos os grupos. Vale a pena ressaltar ainda que, segundo a pesquisa nacional, Florianópolis foi a capital que apresentou o menor valor médio desse índice até os 12 anos de idade e foi a segunda menor para a faixa etária dos 35 aos 44 anos. A média do índice CPOD encontrada nos pacientes participantes deste estudo foi de 9,8, talvez devido as políticas públicas e melhores condições da saúde bucal na região sul e em Florianópolis ,especificamente, os valores encontrados neste trabalho sejam inferiores aos da pesquisa nacional e aos resultados desse índice encontrados nos outros estudos presentes na literatura. Por exemplo, na pesquisa realizada por Pedreira *et al.* (1999), o índice CPOD foi de 27,13. Já na de Ribeiro *et al.* (2002) encontraram um índice CPOD de 14,88, Mateos-Moreno *et al.* (2013) obtiveram um CPOD médio de 22,7 nos pacientes por eles analisados.

No grupo experimental, 60% dos pacientes avaliados apresentavam dentes cariados; 68,6% apresentavam um ou mais dentes perdidos; e 77,1 % apresentavam dentes obturados. Já no grupo controle, 28,6% pacientes apresentavam um ou mais dentes acometidos pela doença cárie; 74,3% dos pacientes haviam perdido um ou mais dentes e 85,7% da amostra apresentam dentes obturados. Estes dados são interessantes, pois, apesar do CPOD médio ter se mostrado maior no grupo

controle, a prevalência de cárie e de dentes perdidos foi maior no grupo de estudo. Em contrapartida, a prevalência de dentes obturados foi maior no grupo controle, demonstrando um provável acesso superior ao tratamento odontológico.

Estes dados corroboram com os resultados encontrados por Ribeiro *et al.* (2002), no qual o CPOD encontrado foi de 14,88 com maior proporção de dentes cariados e perdidos. Os autores acreditam que a falta de assistência odontológica para essa faixa da população possa ter contribuído com os resultados encontrados.

Segundo Silva *et al.* (2010), um grande avanço para o tratamento dos dependentes químicos no Brasil consistiu na caracterização da dependência química como um transtorno mental, fato que permite tratar o paciente como um doente multicausal, que necessita durante todo o seu tratamento de um acompanhamento multiprofissional com intervenções que visem a reintegração do indivíduo na vida em sociedade.

Atualmente, as equipes multiprofissionais presentes nas atividades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (STR) são compostas por médicos psiquiatras e enfermeiros com formação em saúde mental, médicos clínicos gerais, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, além de outros profissionais necessários às práticas terapêuticas. O Ministério da Saúde prevê algumas variações nessa equipe de acordo com tipo de comunidade terapêutica. Contudo, é interessante perceber que a atuação odontológica não é aventada como parte da equipe que prestadora de serviços de saúde para esta parcela da população.

Em uma análise complementar, decidimos estratificar o índice CPOD segundo faixa etária. A média do índice CPOD foi de 2,3 para indivíduos na faixa de 18 à 24 anos de idade; 7,7 para a faixa entre 25 à 34 anos de idade; 11, 1 para indivíduos com faixa etária entre 35 à 44 anos; e de 14,5 para pacientes entre 45 à 56 anos de idade. Como já dito, a última grande pesquisa para avaliação da saúde bucal no Brasil foi realizada em 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – sendo que para a faixa etária dos 35 aos 44 anos, a mais parecida com a do presente estudo, o CPOD médio foi de 16,15, com 1,9 dentes cariados (média); 7,3 dentes perdidos (média); e 7,1 de dentes obturados (média), por indivíduo avaliado. Comparando esses dados ao nosso estudo, verificamos que o grupo experimental apresenta valores inferiores (CPOD médio de 11,0) para a mesma faixa de idade, com uma média de 1,67 dentes cariados por indivíduo; 2,75 dentes perdidos; e de 5,75 obturados.

É importante dizer que os pacientes componentes do grupo controle foram coletados na Clínica Odontológica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e, devido à isso, provavelmente são pacientes com necessidade de tratamento odontológico. Além disso, é

importante comentar como a média de idade do grupo controle (45,11 anos) é maior do que do grupo experimental (35,94 anos) e que, possivelmente, a população do grupo controle ficou mais tempo exposta aos fatores iniciantes e facilitadores da cárie dental e da doença periodontal, o que pode ter acarretado uma quantidade maior de dentes cariados, perdidos e obturados nesses pacientes.

Embora nossos dados não sejam considerados elevados em relação à realidade brasileira, a prevalência de cárie encontrada em nosso estudo, somada as ausências dentais, corroboram com a hipótese de que o uso de drogas possa contribuir com o descaso com a saúde bucal.

Também foi possível notar uma grande variação do índice CPOD dentre os pacientes participantes desta pesquisa. Este fato nos chamou a atenção e nos permitiu realizar uma análise estatística adicional. Dentre as variações, a maior parte dos indivíduos incluídos no estudo apresentaram índices CPOD entre 0-15. Quando comparados os grupos, diferenças estatísticas foram verificadas entre as faixas de 5-10 e 10-15 de dentes cariados, perdidos e obturados. A disparidade obtida reflete as diferenças entre o número de pacientes para estas faixas de CPOD intergrupos.

Segundo Ribeiro *et al.* (2002), a higiene bucal deficiente somada ao aumento de consumo de alimentos cariogênicos (balas, chicletes e chocolates, etc.) entre as refeições pode contribuir com o elevado índice de cárie de indivíduos dependentes químicos em uso de drogas ilícitas. Os resultados encontrados por PEDREIRA *et al.* (1999) corroboram com os de Ribeiro *et al.* (2002). Não foi objetivo deste trabalho avaliar o diário alimentar de pacientes dependentes químicos. Contudo, ao observarmos que 60% da amostra do grupo de estudo apresentava dentes cariados comparados a 28,6% do grupo controle, é possível inferir que, em conjunto com o diário da frequência de higiene bucal, essas características talvez possam ter colaborado com um maior número de cáries nestes pacientes.

Dentre os objetivos específicos estabelecidos neste estudo, foi proposta a avaliação das características demográficas e a condição socioeconômica de indivíduos dependentes químicos.

A maior parte dos indivíduos incluídos nesta pesquisa reside em Florianópolis ou na região da Grande Florianópolis, região na qual o estudo foi conduzido. Nossos resultados demonstram que a dependência química atinge diferentes idades (variação 19-56 anos), contudo existe uma maior concentração de pacientes usuários nas faixas entre 25 e 34 anos, e entre 18 e 25 anos.

Nossos dados confirmam os resultados encontrados por Silva *et al.* (2010) e por Ribeiro *et al.* (2002), nos quais a dependência química atingiu predominantemente a mesma faixa etária.

Entretanto, estes resultados não são homogêneos. Pesquisadores como Ferreira Filho *et al.* (2003) e Sheridan, Aggleton e Carson (2001), apontam uma maior concentração da dependência para faixas etárias mais elevadas da população, apresentando os usuários uma média de idade acima dos 35 anos.

O grupo de estudo era composto em sua maior parte por homens (91,43 % da amostra). Essa distribuição parece ser unânime nos estudos preliminares, nos quais a baixa incidência da dependência entre as mulheres se manteve. (Shekarchizadeh *et al.*, 2013; Sheridan, Aggleton e Carson, 2001; Colodel *et al.*, 2009; Ferreira Filho *et al.*, 2003; Pedreira *et al.*, 1999 e Ribeiro *et al.*, 2002). No grupo controle, a maior parte da amostra era do sexo feminino (60%). Segundo a Pinheiro *et al.* (2002), as mulheres são mais propensas a buscar tratamento médico/odontológico ambulatorial quando comparada aos homens, fato que também explica essa diferença encontrada entre os grupos investigados neste estudo.

Na análise deste trabalho, a renda familiar média de indivíduos dependentes químicos foi quase a metade da renda relatada por indivíduos não usuários de substâncias químicas ilícitas (R\$ 2.872,00 e R\$ 4105,00; respectivamente). Porém, é importante relatar que em ambos os grupos a mesma quantidade de pessoas (média) contribuiu para esta renda (1,77 e 1,73 pessoas, respectivamente).

De acordo com o Ministério do Trabalho e do Emprego, o valor instituído para o salário mínimo representa o limite de corte inferior pelo qual o cidadão brasileiro deve vender seu trabalho. Se compararmos nossos resultados aos do salário mínimo atual, no valor de R\$ 724,00 reais, verificamos que a média salarial do nosso grupo de estudo é 4 vezes maior do que o salário mínimo brasileiro.

Embora uma grande parte de indivíduos incluídos em na amostra experimental contribua para a renda familiar supracitada (77,1%) verificamos que muitos desses sujeitos recebem um benefício do Governo Federal devido ao diagnóstico de dependência química. Ao longo da realização do estudo não foi questionado para cada paciente entrevistado qual era o valor médio de remuneração deste benefício, contudo foi constatado que 1,77 pessoas contribuíram para renda da casa, e que a maior parte das rendas foi constituída a partir do mesmo, já que estes indivíduos estavam em sua maioria internados para tratamento, sem realizar atividade remunerada no momento.

Este dado difere do resultado encontrado por Silva *et al.* (2010), no qual a maior parte da amostra analisada refere trabalhar normalmente, apesar da dependência, e contribuir mensalmente para a renda familiar média.

Se considerarmos que o salário mínimo brasileiro atual permite o sustento de, pelo menos, 2 habitantes por moradia, segundo o Ministério do Trabalho, percebemos que a renda média familiar de um indivíduo em dependência química no Brasil é de R\$2.872,00 para uma média de 3,3 , enquanto que a do trabalhador brasileiro é de R\$714,00 para uma média de 2 indivíduos.

A maior parte dos pacientes incluídos em nosso grupo de estudo referiu ainda morar com os pais. Este dado difere do encontrado no grupo controle no qual a maior parte dos indivíduos vive com o cônjuge. Tais resultados confirmam os dados disponíveis na literatura, nos quais pacientes dependentes químicos relatam morar com suas mães ou parentes próximos (avós e irmãos, por exemplo), mesmo após longos períodos de internação (FLIGIE *et al.*, 1999).

Quando à escolaridade dos participantes da pesquisa, 42,8% da amostra não concluiu o primeiro grau, 17,1% só estudaram até o ensino fundamental e 14,3 % não concluíram o Segundo Grau, totalizando 74,2 % sem o ensino médio completo. Neste estudo, a maior parte dos usuários de substâncias químicas ilícitas eram leucodermas 82,8%. No estudo de Ferreira Filho *et al.* (2003) esses questionamentos sociodemográficos também foram realizados e os resultado apresentaram-se muito semelhantes, com 72,7% da amostra composta por indivíduos da cor branca e 47,5% com o primeiro grau incompleto. Tais dados são comparáveis ao estudo de Ribeiro *et al.* (2002), aonde também foi possível perceber esse padrão de baixo índice de escolaridade entre os dependentes químicos, sendo neste estudo também predominante o número de indivíduos que não completaram o primeiro grau. Apesar do baixo grau de escolaridade encontrado na amostra, uma observação interessante e também evidenciada no estudo Silva *et al.* (2010) é como a dependência química atinge diferentes graus de escolaridade e situação empregatícia, pois ,neste estudo, apesar de ser a menor parte, alguns dos pacientes analisados trabalhavam normalmente e apresentam níveis de escolaridade mais altos, incluindo ensino superior.

Quando avaliamos o estado civil de pacientes incluídos neste estudo, percebemos que 68,5% do grupo de estudo eram constituídos por indivíduos solteiros comparados a 51,4% indivíduos do grupo controle que eram casados. Os resultados confirmam os dados de Silva *et al.* (2010), sendo a maior parte de indivíduos entrevistados também solteiros.

Quando analisados os hábitos deletérios, verificamos que o uso de drogas ilícitas pode ser associado ao aumento do consumo das drogas lícitas (álcool e tabaco), visto que o aumento deste hábito não foi verificado no grupo controle. Segundo Silva *et al.* (2010) e Ferreira Filho *et al.* (2003), o uso rotineiro de álcool e tabaco são difundidos na sociedade, principalmente entre os usuários de substâncias químicas ilícitas. Os autores ainda destacam a fácil obtenção e o livre



comércio como outro fator estimulador do uso.

Com base em nossos dados e, apesar da baixa casuística, verificamos que o perfil do indivíduo em dependência química é de um homem, leucoderma, na faixa dos 18 aos 34 anos de idade, solteiro, e que reside com os pais. Este indivíduo não apresenta o ensino médio completo e contribui com a renda da família com auxílio benefício do governo. Este paciente em sua predominância é poliusuário de maconha/cocaína/crack e mantém uso concomitante de drogas lícitas como o álcool e o tabaco. Esse perfil encontrado é semelhantes aos dados presentes na literatura já descritos nos parágrafos anteriores (RIBEIRO *et al.*, 2002 ; PEDREIRA *et al.*, 1999; COLODEL *et al.*, 2009; MATEOS-MORENO *et al.*, 2013).

Além da avaliação do perfil demográfico/socioeconômico, outro objetivo de estudo foi de avaliar a taxa do fluxo salivar por meio do teste de adesividade da espátula de madeira. Na amostra analisada, 60% dos pacientes do grupo de estudo apresentaram adesividade positiva ao teste de aderência da espátula, dado clinicamente correlacionado neste estudo como hipossalivação. Em contrapartida, 31,4% do grupo controle apresentou adesividade positiva na realização desse teste.

O teste foi instituído como indicador secundário da condição de saúde bucal neste estudo. O teste de adesividade da espátula é um teste rápido que permite um direcionamento para o diagnóstico de deficiência de fluxo salivar e, além disso, é um teste que permite menor constrangimento ao paciente e uma praticidade necessária na realização deste trabalho. Quando comparamos com a literatura presente, no estudo de Pedreira *et al.* (1999), o método utilizado para avaliação do fluxo salivar foi a sialometria com o “kit” Flux Dent (all dent) e a capacidade tampão da saliva nesses indivíduos também foi investigada. Foi encontrada uma diminuição de fluxo salivar no grupo de pacientes usuários de maconha e álcool. Em outro estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2002), o fluxo salivar foi avaliado através da estimulação da produção salivar com a mastigação de um pedaço de borracha por cerca de 1 minuto, a saliva produzida nesse tempo foi desprezada e nos cinco minutos seguintes o paciente dispensou a saliva em um recipiente (sialômetro). A quantidade de saliva foi calculada dividindo a quantidade formada (ml) pelo tempo gasto (minutos). Os valores referentes ao fluxo salivar encontrado foram considerados normais nesse estudo e também não foi analisado o tipo de droga utilizado relacionado à produção salivar. Nestes testes, os dados obtidos foram comparados aos presentes na literatura para considerar que o fluxo salivar dos pacientes era normal ou não.

Vale a pena ressaltar que a positividade ao teste de aderência da espátula ainda pode ser relacionada à desidratação da mucosa, a presença saliva muito espessa, as variações alimentares, entre outros fatores (GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P.A, 2003).

Comparando os resultados obtidos com relação à avaliação do fluxo salivar em nosso grupo de estudo aos da literatura, verificamos que resultados similares foram encontrados por Pedreira *et al.* (1999) e por Ribeiro *et al.* (2002), contudo em ambos os estudos, testes mais apurados de sialometria foram utilizados.

A escolha pelo teste de adesividade de espátula se deu por uma limitação física da avaliação odontológica adotada nesta pesquisa. Todos os pacientes foram avaliados durante a consulta médica de rotina, em um consultório médico. Não havia disponibilidade de tempo hábil ou mesmo material específico para efetuar, durante a rotina da clínica médica, de coletas que quantificassem o fluxo salivar em repouso ou estimulado nesses pacientes. Comparados aos testes já citados em literatura (PEDREIRA *et al.*, 1999; RIBEIRO *et al.*, 2002), talvez essa tenha sido uma limitação do presente estudo. Contudo, foi possível verificar que a maior parte da amostra apresenta sinais clínicos de hipossalivação. Também é importante dizer que, apesar de simples, o teste pode ser útil em situações limitadoras como esta, permitindo uma triagem inicial para os casos de queixa de hipossalivação. Talvez estudos maiores com a mesma metodologia possam comprovar os nossos resultados.

O uso concomitante de drogas e medicamentos pode interferir com a produção salivar, e consequentemente com os resultados encontrados em nosso trabalho (GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P.A, 2003). A maior parte dos pacientes avaliados no grupo de estudo fazia uso de alguma medicação de uso contínuo com efeito colateral de hipoissalivação e/ou xerostomia no momento da consulta odontológica, tais como antipsicóticos/neurolépticos, anticonvulsivantes/antiepiléticos, antidepressivos e ansiolíticos e é importante dizer que, muitos desses, fazem parte da prescrição farmacológica desses pacientes analisados devido à dependência química. Devido ao fato dos pacientes incluídos no grupo de estudo serem poliusuários de substâncias químicas lícitas e ilícitas, não foi possível realizar uma análise sobre o efeito de uma determinada droga sobre o fluxo salivar. Desta forma, podemos sugerir que o uso de medicamentos possa ter influenciado nos resultados, contribuindo para o maior número de casos de hipossalivação diagnosticados por nesta análise, e com a significância estatística encontrada intergrupos.

O objetivo de correlacionar o *status* de saúde bucal com o aspecto socioeconômico surgiu a partir de análises preliminares realizadas por outros pesquisadores (Artnik, Premik e Zaletel-

Kragelj, 2008). As mudanças comportamentais desencadeadas pela dependência química podem culminar com o prejuízo da condição socioeconômica e, de forma direta ou indireta, contribuir com a piora da condição de saúde bucal. (RIBEIRO *et al*; 2002; PEDREIRA *et al.*, 1999; COLODEL *et al*, 2009).

Como resultado direto dessa análise verificamos que, embora o poder aquisitivo de pacientes dependentes químicos seja melhor que a média da população brasileira (com base no salário mínimo), um maior índice de cáries (resultado descritivo - 60% da amostra do grupo experimental) foi verificado em nosso estudo quando comparado ao grupo controle.

Talvez fatores locais envolvidos no processo de patogênese da doença cárie, tais como a hipossalivação, possam vir a somar com este dado, como sugestionado nesta análise. Para que estes dados pudessem ser avaliados com maior clareza, teríamos que ter efetuado análises complementares de microbiota e diário alimentar.

Sheridan, Aggleton e Carson (2001) obtiveram em seu estudo resultados que demonstram o baixo acesso de pacientes em dependência química ao tratamento odontológico. Apenas 18% dos pacientes avaliados relataram escovar os dentes ao menos uma vez ao dia, fato que também contribuiu com uma condição de saúde bucal piorada. Dentre as principais razões citadas pelos autores que justifiquem seus resultados, está a discriminação que os pacientes sofrem somada ao sentimento de estigmatização. Os pesquisadores ainda destacam que atitudes negativas por parte de profissionais da saúde podem contribuir com os resultados encontrados. Outra questão importante levantada por Sheridan, Aggleton e Carson (2001) é a de que esses indivíduos só se dão conta da situação ruim de saúde bucal nos períodos de abstinência. Tal relação, como já citado por Ribeiro *et al* (2002), é reflexo da baixa assistência odontológica e da reduzida auto-estima desses pacientes que, muitas vezes, negligenciam a saúde bucal e geral e voltam sua vida e seus interesses para o consumo e a manutenção da dependência e, no período aonde ficam sem utilizar a droga, a vergonha é o principal fator que os impede de procurar tratamento para os prejuízos acumulados durante o consumo dessas substâncias.

Para realização da nossa pesquisa não incluímos em nossa entrevista odontológica questionamentos sobre o acesso ao tratamento odontológico, ou mesmo a frequência com que tratamentos antigos foram realizados. Da mesma forma, não complementamos nossa análise verificando os hábitos de higiene bucais atuais dos indivíduos avaliados.

Estabelecemos como objetivo primário avaliar o histórico da doença cárie nesta população, comparando este dado com o de pacientes não usuários, por acreditar que o uso rotineiro da droga

em si pudesse interferir na condição na condição socioeconômica e consequentemente contribuir com a piora da condição bucal/dental.

Com base nesta análise verificamos que o uso de drogas ilícitas não pode ser correlacionado a piora da condição de saúde bucal, de forma indireta, com base no índice de CPOD. Porém, devemos considerar os vieses de análises e limitações descritas ao longo da execução deste trabalho como variantes importantes desta análise.

Com base nas informações discutidas, é possível perceber a complexidade do assunto. Zaleski *et al.* (2006) afirmam que ao analisar um indivíduo que faz uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas é necessário considerar tanto os multifatores envolvidos na dependência quanto as comorbidades existentes. Dessa forma, ao analisar um indivíduo que faz uso de substâncias ilícitas é necessário considerar os vários aspectos e comorbidades existentes para analisar as diversas interferências e prováveis fatores que podem ser relacionados ao uso da droga como os já citados e comentados anteriormente.

Analisar a saúde bucal desses pacientes, o aspecto socioeconômico e correlacionar o *status* de saúde bucal com a utilização da droga ilícita foi o principal objetivo desse estudo. Porém, as considerações e as análises desses pacientes levam a discussões e aspectos muito mais complexos, com características diferentes entre os pacientes, como aspectos emocionais, psicossociais, econômicos em questão e a análise da relação direta entre o uso dessas substâncias e a saúde do paciente. Problemas sociais, baixo nível de escolaridade, desemprego, depressão, famílias desestruturadas, desinteresse pela saúde bucal e geral são somente alguns dos problemas que essas substâncias acarretam na vida desses indivíduos. A análise da condição de saúde bucal desses pacientes é um reflexo de todos esses fatores e, por isso, a abordagem multiprofissional e individual para cada paciente é tão importante e necessária.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **8.1 CONCLUSÕES**

Com base em nossos resultados, e de acordo com a metodologia delineada, conclui-se que:

- O uso de substâncias químicas ilícitas contribui com uma menor renda familiar e com um menor nível de escolaridade. Contudo verificamos que estes dados não podem ser correlacionados com a piora da condição de saúde bucal, com base no índice CPOD;
- Indivíduos dependentes químicos apresentam um melhor índice CPOD comparados a indivíduos não usuários de substâncias químicas ilícitas, adotados como grupo controle neste estudo;
- Pacientes em dependência química apresentam um menor fluxo salivar por meio da análise do teste de adesividade da espátula comparados a pacientes do grupo controle.

### **8.2 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

Os dados presentes na literatura referentes à saúde bucal dos dependentes químicos ainda são escassos e muitas vezes, inconclusivos.

Apesar de todas as limitações descritas em nosso trabalho, acreditamos que o estudo inicial realizado por nosso grupo possa ser complementado por análises subsequentes que complementem os resultados encontrados, sendo estas:

- Questionários direcionados ao histórico/acesso ao tratamento dental;
- Avaliação do diário nutricional e hábitos de higiene bucal;
- Análise periodontal;
- Aplicação de testes mais apurados para análise da taxa do fluxo salivar (Ex. Sialometria);
- Elaboração de estudos longitudinais, com maior número de sujeitos de pesquisa, que tentam correlacionar o tipo de droga as alterações bucais presentes.

## REFERÊNCIAS

- 1) ARAÚJO A. J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30 n.2, 2004.
- 2) ARTNIK, B.; PREMIK, M.; ZALETEL-KRAGELJ L. Population groups at high risk for poor oral self care: the basis for oral health promotion. **Int J Public Health.**, v.4 n. 53, pp.195-203, 2008.
- 3) BUCHELE, F.; MARCATTI, M.; RABELO, D.R. Dependência química e prevenção à “recaída”. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.13, n. 2, abril-junho, pp. 233-240, 2004.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010**. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao\\_SB2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_SB2010.pdf) > Acesso em: 03 de Setembro de 2014.
- 5) BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Disponível em : < <http://portal.mte.gov.br/legislacao/> > Acesso em 6 de Outubro de 2014.
- 6) COLODEL E. V. *et al.* Alterações bucais presentes em dependentes químicos. **Revista sul brasileira de odontologia**, Curitiba, v.6, n.1, 2009.
- 7) DI CUGNO F. *et al.* Salivary secretion and dental caries experience in drug addicts. **Arch Oral Biol**, v.26, n. 5, 1981.
- 8) FEIO M.; SAPETA, P. Xerostomia em cuidados paliativos. **Acta Med Port**; v.18: 459-466, 2005.
- 9) FIRTH N.A. Marijuana Use and Oral Cancer: a Review. **Oral Oncology**, Melbourne, v.33, n.6, pp. 398-401, 1997.

- 10) FLIGIE N. B. *et al.* Orientação Familiar Para Dependentes Químicos: Perfil, Expectativas E Estratégias. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, n.10, p.471-8,1999.
  
- 11) FREYSLEBEN G. R. *et al.* Prevalência de cárie e CPO-D médio em escolares de doze a treze anos de idade nos anos de 1971 e 1997, região sul, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.3, pp.304-8, 2000.
  
- 12) FRIEDLANDER, A. H.; MILLS, M. J. The dental management as the drug-dependent patient. **Oral Surg**, v.60, n.5, 1985.
  
- 13) GAMBHIR R. S. *et al.* Oral Health Aspects of Cannabis Use. **Indian Journal of Multidisciplinary Dentistry**, v.2, n.3, May-July, 2012.
  
- 14) GOVERNO DO TOCANTINS. Levantamento Epidemiológico CPO-D Passo a Passo. Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria da Atenção Primária. Tocantins, 2003.
  
- 15) GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P.A. Xerostomia: Etiology, recognition and treatment. **The Journal of the American Dental Association**, v.134, 2003.
  
- 16) LIMA A.A.S. *et al.* Cytopathological changes in oral epithelium induced by crack cocaine smoking. **Pharmacologyonline**, v.1, pp. 31-40, 2007.
  
- 17) LOPES C. F. B. *et al.* Concomitant consumption of marijuana, alcohol and tobacco in oral squamous cell carcinoma development and progression: Recent advances and challenges. **Archives of oral biology**, pp. 1026 – 1033, 2012.
  
- 18) MATEOS-MORENO M. V. *et al.* Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. Jul 1; v.18, n.4, pp.671-9, 2013.
  
- 19) MESSAS, G.P & VALLADA FILHO, H.P. O papel da genética na dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.1, n.26, p 54-58,2004.

- 20) Organização Mundial da Saúde. Disponível em: < <http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 22 outubro de 2013.
  
- 21) PEDREIRA R. H. S. *et al.* Condição de saúde bucal em drogaditos em recuperação. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.13, n.4,1999.
  
- 22) PERROTO J. H. *et al.* Prevalência de xerostomia associada à medicação nos pacientes atendidos na Área de Odontologia da UNIVILLE. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**,v.4 ,n.2,2007.
  
- 23) PUPO D. B. *et al.* Proposta de um método prático de sialometria. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, v.68,n.2,2002.
  
- 24) PINTO V.G. **Saúde bucal: Odontologia Social e Preventiva**. São Paulo: Editora Santos;,p.415,1992.
  
- 25) PINHEIRO R.S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, 2002.
  
- 26) REES T.D. *et al.* Oral effects of drug abuse. **Critical Reviews in Oral Biology and Medicine**, v.3, n.3, pp.163-184, 1992.
  
- 27) RIBEIRO E.D.P. *et al.* Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. **Pesqui Odontol Bras**, v.16, n.3,2002, pp.239-245.
  
- 28) ROBINSON, P.G.;ACQUAH, S.;GIBSON, B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. **Br Dent J.**, v.198, n.4, pp.219-24, 2005.
  
- 29) SHEKARCHIZADEH H. *et al.* Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**, v.13,n.11,2013.



- 30) SHERIDAN, J.; AGGLETON, M.; CARSON, T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. **Br Dent J**, v.191, n.8, pp. 453-7, 2001.
- 31) SILVA L.H.P. *et al.* Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc Anna Nery**, jul-set, v.14, n.3, pp.585-590, 2010.
- 32) SOUZA D.P.O. *et al.* Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**; v.39, n. 4, 2005.
- 33) STAMFORD T.C.M. *et al.* Parâmetros bioquímicos e microbiológicos e suas relações com a experiência de cárie em adolescentes saudáveis. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v.5, n.1, 2005.
- 34) WOYCEICHOSKI I.E. *et al.* Cytomorphometric analysis of crack cocaine effects on the oral mucosa. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v.105, n.6, 2008.
- 35) ZALESKI M. *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, n. 2, 2006.

## APÊNDICE A – Parecer final do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES BUCAIS E CELULARES EM PACIENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS

**Pesquisador:** Alessandra Rodrigues de Camargo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22723713.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 483.771

**Data da Relatoria:** 09/12/2013

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o pesquisador atendeu as pendências indicadas pelo relator concluo como aprovado o projeto de pesquisa

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

#### Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 09 de Dezembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**



Tempo: _____; Tipo: _____; Quat/dia: _____; Parou há: _____
26. Medicações em uso:

### EXAME CLÍNICO

27. CPOD = _____; Cariados: ____; Perdidos: ____; Obturados: ____.
28. Teste adesividade da espátula: (1) Sim (2) Não

### EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame	Data	Resultado	Valor de Referência
	/ /		

## **ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo experimental**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Mariane Beatriz Sordi e Rachel Butarelo Captzan, graduandas do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com as professoras doutoras Alessandra Rodrigues de Camargo e Etienne de Andrade Munhoz, gostaríamos de realizar a pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES BUCAIS E DO RISCO AO CÂNCER DE BOCA EM PACIENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS”. Esta pesquisa procura avaliar a sua saúde bucal e verificar se há a presença de lesões em sua boca, para que possamos descobrir se o hábito de usar drogas prejudica a saúde da sua boca ou contribui com o aparecimento de possíveis lesões.

Para os pacientes que concordarem em participar da pesquisa serão realizados uma entrevista, um exame clínico bucal e um exame simples e rápido, chamado citologia esfoliativa. Neste exame, serão removidas algumas células da sua boca com uma espátula metálica estéril ou escova com o objetivo de analisar estas células em um microscópio óptico. Este exame é indolor e não apresenta qualquer risco. Todos esses procedimentos serão realizados em sala reservada no mesmo dia de sua consulta psiquiátrica. Desta forma, não há necessidade de você se deslocar mais um dia para a realização dos mesmos.

Caso alguma alteração na mucosa oral seja identificada, você será encaminhado para avaliação/diagnóstico/tratamento da doença ao Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC. Todo suporte necessário com a relação à lesão que por ventura você apresente em sua boca será efetuado. Vale a pena salientar que nenhum tratamento odontológico restaurador/periodotal/reabilitador será realizado pelos pesquisadores responsáveis por este trabalho.

Como benefício direto, você terá um exame da sua condição bucal somadas a orientações de higiene. Além do suporte supracitado no caso de presença de lesão.

Não haverá nenhum custo com os exames que serão realizados, como também não haverá pagamento pela sua participação.

A participação dos sujeitos não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem prejuízo ao seu tratamento médico. As informações prestadas são de caráter sigiloso e os dados obtidos serão utilizados somente para fins de pesquisa e publicação em revistas científicas e congressos da área. Além disso, você terá acesso a todos os resultados de exames efetuados.

Para dúvidas em relação ao estudo você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (48) 3721-9079 – Disciplina Estomatologia.

Como forma de manifestar seu comprometimento, pedimos que assine esse documento.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro que, tendo lido o termo de consentimento livre e esclarecido e, tendo minhas dúvidas esclarecidas, concordo em participar voluntariamente deste estudo e autorizo a utilização dos dados obtidos pelos pesquisadores para a publicação em revistas científicas e apresentações em congressos. Declaro ainda ter recebido uma cópia desse termo para participar dessa pesquisa e estar ciente que a minha participação pode ser interrompida a qualquer momento sem que isso acarrete nenhuma penalidade. Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Assinatura do Paciente

---

Nome e Assinatura do Pesquisador

**ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo controle.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Mariane Beatriz Sordi e Rachel Butarelo Captzan, graduandas do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com as professoras doutoras Alessandra Rodrigues de Camargo e Etienne de Andrade Munhoz, gostaríamos de realizar a pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES BUCAIS E DO RISCO AO CÂNCER DE BOCA EM PACIENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS”. Esta pesquisa procura avaliar a saúde bucal e verificar se há a presença de lesões em pacientes dependentes químicos, para que possamos descobrir se o hábito de usar drogas ilícitas prejudica a saúde bucal ou contribui com o aparecimento de possíveis lesões.

Para esta avaliação existe a necessidade de avaliarmos um grupo de pacientes saudáveis (não dependentes químicos e livres lesões bucais) os quais serão realizados uma entrevista, um exame clínico bucal e um exame simples e rápido, chamado citologia esfoliativa. Neste exame, serão removidas algumas células da sua boca com uma espátula metálica estéril ou escova com o objetivo de analisar estas células em um microscópio óptico. Este exame é indolor e não apresenta qualquer risco. Todos esses procedimentos serão realizados durante a consulta odontológica em qualquer umas das Clínicas Odontológicas (I e II) do Centro de Ciências de Saúde/UFSC. Desta forma, não há necessidade de você se deslocar para a realização da pesquisa.

Como benefício direto, você terá acesso a todos os resultados de exames efetuados, além disso contribuirá com o nosso conhecimento científico em relação as condições de saúde bucal de pacientes em uso de drogas ilícitas .

Não haverá nenhum custo com os exames que serão realizados, como também não haverá pagamento pela sua participação.

A participação dos sujeitos não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem prejuízo ao seu tratamento odontológico. As informações prestadas são de caráter sigiloso e os dados obtidos serão utilizados somente para fins de pesquisa e publicação em revistas científicas e congressos da área..

Para dúvidas em relação ao estudo você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (48) 3721-9079 – Disciplina Estomatologia.

Como forma de manifestar seu comprometimento, pedimos que assine esse documento.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro que, tendo lido o termo de consentimento livre e esclarecido e, tendo minhas dúvidas esclarecidas, concordo em participar voluntariamente deste estudo e autorizo a utilização dos dados obtidos pelos pesquisadores para a publicação em revistas científicas e apresentações em congressos. Declaro ainda ter recebido uma cópia desse termo para participar dessa pesquisa e estar ciente que a minha participação pode ser interrompida a qualquer momento sem que isso acarrete nenhuma penalidade.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Assinatura do Paciente

---

Nome e Assinatura do Pesquisador